

RESULTATER FRA FORSKNINGSPROSJEKTET

PSYKISK HELSE HOS BARN OG UNGE I BARNEVERNINSTITUSJONER

NANNA S. KAYED, THOMAS JOZEFIAK, TORMOD RIMEHAUG, TORILL TJELFLAAT,
ANN-MARI BRUBAKK & LARS WICHSTRØM





FORORD

Denne rapporten presenterer resultater fra forskningsprosjektet "Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner". Rapporten går til Barne-, ungdoms- og familie-direktoratet (Bufdir) og Helsedirektoratet (Helsedir), som er prosjektets oppdragsgivere og finansieringskilder. Prosjektperioden har vært fra 2010-2015, og vi er glade for at vi nå kan presentere ny kunnskap om hvordan barn og unge har det i norske barneverninstitusjoner.

Prosjektet ble initiert av professor Ann-Mari Brubakk, NTNU, den gang styreleder for Barnevernets utviklingscenter (BUS) ved NTNU Samfunnsforskning AS, og seniorforsker og leder for BUS Torill Tjelflaat. Det ble utarbeidet prosjektforslag i samarbeid med professor Matthew Colton, Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), NTNU, seniorforsker Jim Lurie, BUS, og professor Lars Wichstrøm, NTNU/ NTNU Samfunnsforskning AS.

Prosjektet ble organisert ved NTNU Samfunnsforskning AS, men faglig forankret innenfor en intensjonsavtale om samarbeid mellom BUS og RBUP. Torill Tjelflaat var overordnet ansvarlig for prosjektet i samarbeid med Matthew Colton. Da BUS og RBUP ble slått sammen til Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) 1.1.2013 ble prosjektet samlet og organisert ved Det Medisinske Fakultet, NTNU, og Nanna Sønnichsen Kayed tredde inn som prosjektleder.

Det var en uttalt intensjon at prosjektet skulle være tverrfaglig, og at perspektiver fra barnevern, barne- og ungdomspsykiatri, psykologi og barnemedisin skulle ivaretas. Ved å ha en vid faglig tilnærming ønsket man å ivareta at psykisk helse hos barn og unge i barnevernet ikke bare kan forstås innenfor ett av de nevnte fagdisiplinene, men krever et samarbeid på tvers av etablerte forskningsmiljøer.

Det er mange som har bidratt i arbeidet med prosjektet. Matthew Colton, som dessverre døde i løpet av prosjektperioden, satte et sterkt faglig preg. Vi vil også takke Ann-Mari Brubakk, Torill Tjelflaat og

Thomas Jozefiak som gikk ut av prosjektledergruppen, men som fortsatt vil bidra i formidlingsfasen. Dette forskningsprosjektet er en bred undersøkelse av flere forhold rundt unge som bor i barneverninstitusjon. Samlet sett har vi et rikt datamateriale som vil gi mye nyttig informasjon for praksis, både i denne rapporten og i fremtidig forskning. Denne sluttrapporten svarer på de tre hovedproblemstillingene i forskningsprosjektet; en estimering av forekomst av psykiske lidelser basert på kliniske intervjuer samt vurdering av livskvalitet, behov for helsehjelp og mottatt helsehjelp og institusjonsklima.

Vi er svært takknemlige for at barna og ungdommene tok seg tid til å stille opp og dele sin unike kunnskap om hvordan det er å bo i en barneverninstitusjon. Vi håper at denne rapporten vil bidra med kunnskap som vil føre til en forbedret situasjon for barn og unge i barneverninstitusjoner. Takk også til institusjonene som hjalp oss med rekrutteringen og som tok godt i mot forskningsassistentene våre når de kom til institusjonene for å snakke med ungdommene.

Sted og dato
Trondheim 23.03.2015

Odd Sverre Westbye
(Senterleder RKBU Midt)

Nanna Sønnichsen Kayed
(Prosjektleder)

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
- Psykisk helse og barnevern

INNHold

FORORD	1
INNHold	3
TABELL- OG FIGUROVERSIKT	5
FORKORTELSER OG DEFINISJONER	7
SAMMENDRAG	9
1 INNLEDNING	11
1.1. FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER OG HJELPEBEHOV HOS UNGE I BARNEVERNINSTITUSJONER	13
1.2. LIVSKVALITET HOS UNGE I BARNEVERNINSTITUSJONER	17
1.3. INSTITUSJONENES SOSIALE MILJØ	19
2 METODE	21
2.1 DELTAKERE	21
2.2 FREMGANGSMÅTE	22
2.3 INSTRUMENTER/TESTER	23
2.4 STATISTIKK	25
3 RESULTATER	27
3.1. EN DESKRIPTIV ANALYSE AV DELTAKERE OG INSTITUSJONER	27
3.2. PREVALENS AV PSYKIATRISKE LIDELSER HOS UNGE I BARNEVERNINSTITUSJONER	31
3.3. HJELP OG HJELPEBEHOV	34
3.4. LIVSKVALITET HOS UNGE I BARNEVERNINSTITUSJONER	38
3.5. COPES - INSTITUSJONENES SOSIALE MILJØ	39
4 SAMLET DISKUSJON OG KONKLUSJON	43
4.1 OPPSUMMERENDE KONKLUSJON	46
4.2 BEGRENSENINGER VED STUDIEN	46
REFERANSER	47

TABELL- OG FIGUROVERSIKT

Figur 1. Flytskjema over institusjonelt og individuelt frafall.....	21
Figur 2. En sammenlikning av gjennomsnittsskårer mellom ungdom (N=397) og ledere (n=142) for COPES dimensjonene «Relasjon», «Personlig vekst» og «Systemopprettholdelse».....	39
Figur 3. En sammenlikning av gjennomsnittsskårer mellom ungdom (N=397) og ledere (N=142) for subskalaene i dimensjonen «Relasjon» i COPES.....	39
Figur 4. En sammenlikning av gjennomsnittsskårer mellom ungdom (n=397) og lederne (n=142) for subskalaene i dimensjonen «Personlig vekst» i COPES.....	40
Figur 5. En sammenlikning av gjennomsnittsskårer mellom ungdom (N=397) og ledere (n=142) for subskalaene i dimensjonen «Systemopprettholdelse» i COPES.....	40
Tabell 1. Oversikt over kartleggingsinstrumenter omtalt i rapporten.....	23
Tabell 2. Inndeling i gjennomsnittsskårer for subskalaene og dimensjonene i COPES.....	24
Tabell 3. Alder ved første flytting, etter vedtak fra barnevernet (N=392).....	27
Tabell 4. Totalt antall bosteder utenfor foreldrehjemmet, etter vedtak fra barnevernet, for jenter, gutter og samlet (N = 364). Grafisk fremstilling av antall bosteder utenfor foreldrehjemmet for jenter og gutter.....	27
Tabell 5 viser ungdommenes egen rapportering av hvordan det var for dem å bli plassert i barneverninstitusjon for første gang (N=378), samlet og oppdelt på bakgrunn av plassering med eller uten samtykke.....	28
Tabell 6. Oversikt over hvor avdelinger/institusjoner som deltok er lokalisert (N=161).....	29
Tabell 7 Har institusjonen rutiner som gir alle ansatte kursing/opplæring i sentrale deler av brannloven og forskrifter knyttet til barneverninstitusjoner?.....	29
Tabell 8. Institusjonsledernes rapportering av hvor mange av ungdommene får nye venner i nærområdet og blant de andre beboerne.....	29
Tabell 9. Faktisk og estimert 3-måneders prevalens av psykiatriske lidelser.....	31
Tabell 10. Komorbiditet mellom psykiatriske diagnosekategorier. Prevalens (%) og Odds ratio (O.R.) (95 CI), N = 323.....	32
Tabell 11. Andel (prosent) som har mottatt hjelp for psykiske vansker, noen gang og siste 3 måneder. Inndelingene er ikke gjensidig utelukkende.....	34
Tabell 12. Andel (prosent) som har mottatt hjelp for psykiske vansker siste 3 måneder etter kjønn og alder.....	35
Tabell 13. Sammenheng mellom nåværende mentale helseplager og nåværende hjelp for mentale helseplager (siste 3 måneder).....	35

FORKORTELSER OG DEFINISJONER

ADHD	«Attention deficit hyperactivity disorder» eller Hyperkinetisk forstyrrelse	Korrelasjon	Et mål på styrken på en assosiasjon mellom to fenomener. Varierer mellom 0 og 1, hvor 1 er best.
alpha	Et reliabilitetsmål på indre konsistens som sier noe om samsvar mellom ulike testledd som tilsammen skal gjenspeile individuell variasjon i et gitt fenomen. Varierer mellom 0 og 1, hvor 1 er best.	MI	Multipel imputering. Statistisk metode som brukes til å estimere manglende verdier.
AS	Aspergers syndrom, autismes relatert lidelse	MST	Multi-systemisk terapi
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk behandling	MDD	«Major Depressive Disorder», depressiv lidelse.
CAPA	«Child and Adolescent Psychiatric Assessment»	MultifunC	En behandlingsmodell i institusjon og nærmiljø for ungdom med alvorlige atferdsvansker.
CBCL	«Child Behavior Check List»	NOS	«Not otherwise specified», uspesifisert
CD	«Conduct disorder», alvorlig tferdsforstyrrelse	 OCD	«Obsessive-compulsive disorder», tvangslidelse.
COPEs	«Community Oriented Program Environment Scale»	ODD	«Oppositional defiance disorder», opposisjonell atferdsforstyrrelse.
DSM-IV	«Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders»	O.R.	Odds ratio. Statistisk mål på oddsforhold.
Dystymi	Nedstemthet	PAPA	«Preschool Age Psychiatric Assessment»
GAD	«Generalized anxiety disorder», generalisert angstlidelse	PMTO	«Parent Management Training – Oregon»
ICD-10	«International Statistical Classification of Diseases»	PTSD	«Post-traumatic stress disorder», post-traumatisk stress lidelse
Inter-rater reliabilitet	Et reliabilitetsmål som sier noe om kartleggingsverktøyets kvalitet. Hvis to forskjellige fagfolk konkluderer likt om en persons diagnoser, kan diagnosene sies å ha høy inter-rater reliabilitet.	RAD	Reaktiv tilknytnings forstyrrelse
kappa	Et mål på inter-rater reliabilitet. Varierer mellom 0 og 1, hvor 1 er best.	Test-retest reliabilitet	Et mål på samsvar mellom resultater av én og samme test på to forskjellige tidspunkt.

SAMMENDRAG

Det foreligger svært lite norsk forskning om psykisk helse hos ungdommer i barneverninstitusjoner. For å bøte på denne kunnskapsmangelen ble forskningsprosjektet «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner» igangsatt. Prosjektet startet i 2010 og datainnsamlingen ble avsluttet sommeren 2014. Det var til sammen 400 ungdommer fra hele landet som deltok i studien, og analysene som presenteres i denne rapporten er basert på informasjon fra disse ungdommene, deres hovedkontakter/særkontakter og lederne på barneverninstitusjonene ungdommene er plassert i. Samlet sett har vi et rikt datamateriale som vil gi mye nyttig informasjon for praksis, både i denne rapporten og i fremtidig forskning.

Denne studien er den første i norsk sammenheng som foretar en grundig kartlegging av psykiatriske lidelser med et standardisert diagnostisk intervju, og er også en av få internasjonale studier som er gjort på området. Våre resultater viser at det er høy forekomst på 76 % av psykiske lidelser innen de 3 siste måneder blant unge i barneverninstitusjoner, og kun 38 % oppgir at de har fått noen form for psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse lidelsene i løpet av denne perioden. Ungdommene har i tillegg en høy grad av komorbiditet (samsykelighet) mellom angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser. Dette tegner et bilde av ungdommer som har store og komplekse utfordringer, spesielt for de som er plassert på bakgrunn av barnevernparagrafer uten eget eller foreldre/foresattes samtykke. Jentene har en historikk med flere flyttinger enn det guttene har, og de har også høyere forekomst av internaliserende lidelser, som angst og depresjon. Samtidig viser resultatene våre at jentene oftere får hjelp for sine vansker enn det guttene får. Guttene har på sin side høyere forekomst av atferdsproblemer enn det jentene har. Ungdommene rapporterer også lav livskvalitet sammenlignet med ungdommer i den generelle befolkningen og pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien.

Dette er bekymringsfullt fordi annen forskning har vist at lav livskvalitet henger sammen med senere dårlig fysisk helse. Det er positivt at det sosiale miljøet på barneverninstitusjonene vurderes av ungdommene som greit, selv om ungdommene opplever det som dårligere enn lederne på institusjonen. Det er liten forskjell mellom statlige, private ideelle og private kommersielle barneverninstitusjoner i forhold til psykisk helse hos ungdommene og organisering av institusjonshverdagen.

INNLEDNING

BAKGRUNN OG OVERORDNEDE PROBLEMSTILLINGER

Dette forskningsprosjektet ble igangsatt på bakgrunn av en erkjennelse av at vi faktisk ikke har et norsk forskningsgrunnlag for å si noe om forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge som er plassert i barneverninstitusjoner. Samtidig ønsket vi et bredere kunnskapsgrunnlag enn kun å kartlegge psykiske lidelser. Generelt sett har alle barn og ungdommer medfødte disposisjoner, sårbarheter og potensialer, som deretter har påvirket og blitt påvirket av omsorg, erfaringer og livsvilkår gjennom mange år (Sameroff, 2009). Slik er det også for barn og unge i barneverninstitusjoner. Ressurser og beskyttende faktorer har også inngått i dette dynamiske utviklingsforløpet fram mot den helsetilstanden og situasjonsbeskrivelsen vi har møtt barna og ungdommene i. Helsetilstand, livskvalitet og fungering i dag og i framtida avhenger av hvordan hver enkelt ungdom med sin unike væremåte og individuelle historie møtes av institusjonsmiljø, skole, annet fagpersonell, personlig nettverk og opprinnelsesfamilie. Forskningsprosjektet «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner» inneholder derfor en bred, tverrfaglig kartlegging av hvordan ungdommer i barneverninstitusjoner har det. I tillegg til fokus på en reliabel og valid diagnostisk vurdering av psykisk helse, er det inkludert en kartlegging av hvilke resurser ungdommene har og hvilken støtte de opplever å få. Dette omfatter også en vurdering av institusjonsklima, livskvalitet og skoletilbud. Tilsammen gir dette store muligheter for å beskrive og analysere det komplekse samspillet mellom mange faktorer som har betydning for nåværende og framtidig psykisk helse. Denne sluttrapporten begrenser seg til imidlertid til en beskrivelse av noen utvalgte hovedtemaer for å besvare de tre hovedmålsettingene i forskningsprosjektet:

1. Å få kunnskap om barn og unge i aldersgruppen 12–20 år som er plassert i barneverninstitusjon med fokus på psykiske lidelser og ungdommenes livskvalitet.
2. Å få kunnskap om barnas og ungdommenes behov for og bruk av helsetjenester for psykiske helseplager.

3. Å identifisere forhold ved institusjonen som kan ha betydning for barna og ungdommenes helse og tilpasning.

Rapporten er bygget opp med en generell del der den teoretiske bakgrunnen for problemstillingene blir presentert. Deretter følger en metodedel. Så presenteres resultatene tematisk med en påfølgende diskusjon rundt hvert tema. Rapporten avsluttes med en samlet diskusjon og konklusjon.

ORGANISERING AV PROSJEKTET

Forskningsprosjektet har vært organisert med en prosjektleder og en prosjektgruppe, så det har vært mange forskere som har jobbet sammen.

I skrivende stund består prosjektgruppen av:

Førsteamanuensis Nanna Sønnichsen Kayed
prosjektleder

Førsteamanuensis Thomas Jozefiak
RKBU/NTNU, St Olavs Hospital

Førsteamanuensis Tormod Rimehaug
RKBU/NTNU

Professor emerita Ann-Mari Brubakk
Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU

Professor May Britt Drugli
RKBU/NTNU

Professor Hans Grietens
Universitet i Groningen, RKBU/NTNU

Forsker Jim Lurie
RKBU/NTNU

Seniorrådgiver Torill Tjelflaat
RKBU/NTNU

Professor Lars Wichstrøm
Psykologisk institutt/NTNU

Psykolog Anne Kristine Wormdal
St Olavs Hospital

Forskningsassistenter:

Simona Georgescu
Helen Holme
Ingvild Lange
Anne Siri Stornes

DEL 1

BAKGRUNN FOR STUDIEN

1.1. FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER OG HJELPEBEHOV HOS UNGE I BARNEVERNINSTITUSJONER

Nanna Sønnichsen Kayed, Thomas Jozefiak & Lars Wichstrøm

Forskning i Norge og andre land viser at barn som får hjelp fra barneverntjenesten har høyere forekomst av psykiske vansker enn barn og unge ellers i befolkningen. Dette gjelder ikke bare plasserte barn, men også barn i hjemmebaserte tiltak (Egelund & Lausten, 2009; Ford, Vostanis, Meltzer, & Goodman, 2007; Iversen, Havik, Jakobsen, & Stormark, 2008; Kjelsberg & Nygren, 2004). Det er godt dokumentert at en stor andel barn som har mottatt barnevernstiltak avbryter skolegang, har lavere utdanning, lavere inntekt og er oftere trygdet enn andre sammenlignbare grupper (Clausen & Kristofersen, 2008). De som kommer dårligst ut er gjennomgående de som har atferds avvik og rusmisbruk, og de som har vært plassert i barnehjem og barneverninstitusjoner (Bufdir, 2010).

Det finnes ingen systematisk dokumentasjon på at det er en forskjell i fungering mellom barn som bor i fosterhjem og barn som er plassert i barneverninstitusjon (Bufdir, 2010). Likevel er det indikasjoner på at dette er tilfelle. I Norge er det klare statlige føringer på at fosterhjem er å foretrekke fremfor plassering i barneverninstitusjon. Barneverninstitusjoner er sett på som siste utvei (Backe-Hansen, Bakketeigen, Gautun, & Grønningsæter, 2011). Barneverntjenesten bruker distinkte kategorier for rapportering av årsak til plassering der barnas egne problemer er skilt fra foreldrenes problemer. En analyse av denne rapporteringen utført av Backe-Hansen et al. (2011) viste at i den relative fordelingen mellom plassering i fosterhjem og institusjon er det en tendens til at plasseringer i barneverninstitusjoner skjer på bakgrunn av «barnas egne atferdsvansker» eller «rusrelaterte problemer». Dersom årsaken til plassering er knyttet til familien (som ved rus eller psykisk sykdom hos foreldre) har barna en større sjanse for å bli plassert i fosterhjem (Backe-Hansen et al., 2011; Kjelsberg & Nygren, 2004). Man kan derfor

anta at barn som er plassert i barneverninstitusjoner er en høy-risiko gruppe for atferdsvansker og rusproblematikk, og dermed utgjør noen av de mest sårbare barna i vårt samfunn.

Innledningsvis er det viktig å presisere forskjellen mellom psykiske vansker/symptomer på den ene siden og psykiske lidelser på den andre. Psykiske vansker/symptomer kan enten kartlegges subjektivt ved å la ungdommen fylle ut et spørreskjema eller kartlegges «utenfra» for eksempel ved å la foresatte/ansatte svare på spørreskjemaer. Det er imidlertid stor forskjell på å ha psykiske vansker/symptomer og å oppfylle diagnosekriteriene for en psykisk lidelse.

I kartlegging av psykiske lidelser er standardiserte, kliniske intervjuer som inkluderer symptomenes start, lengde, frekvens og grad av funksjonsnedsettelse, sett på «gullstandarden», det vil si det optimale verktøyet for å kartlegge om man oppfyller kriteriene for en diagnose eller ikke. Videre skal diagnosen settes av trente fagfolk som har muligheten til å stille på forhånd strukturerte spørsmål inntil de er sikre på at diagnosekriteriene enten er oppfylt eller ikke oppfylt. Dersom man definerer psykiske lidelser kun på bakgrunn av tilstedeværelse av psykiske vansker/symptomer vil man kunne få kunstig høye forekomst tall (Goodman, Ford, Richards, Gatward, & Meltzer, 2000). Bruk av spørreskjema som metode for å estimere diagnostisk prevalens kan føre til en kunstig høy forekomst av falske positive resultater, det vil si at man får tildelt en diagnose uten at grunnlaget for at denne egentlig er tilstede (Sveen, Berg-Nielsen, Lydersen, & Wichstrom, 2013). Årsaken til at dette kan oppstå er at avgjørelsen om et symptom er tilstede eller ikke er overlatt til ungdommen selv, og at tolkningen av en svarkategori, som f.eks. «ofte», er subjektiv og derfor vil kunne variere fra en ungdom til en annen. Norsk forskning, og det meste av internasjonal forskning, har så langt undersøkt psykiske vansker ved hjelp av spørreskjema.

Som et sammenligningsgrunnlag for vår egen studie har vi valgt å fokusere på internasjonal litteratur som benytter seg av standardiserte diagnostiske intervju som metode. I tillegg har vi valgt kun å fokusere på

internasjonale studier som tar utgangspunkt i barn og unge som er plassert i barneverninstitusjon, og utelater i denne sammenheng barn som har fått andre typer tiltak fra barnevernet.

Det finnes få internasjonale studier som har brukt kliniske intervju for å kartlegge psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner. Vi har kun funnet fem studier som er gjennomført ved bruk av standardiserte strukturerte diagnostiske intervjuer av barn og unge i barneverninstitusjoner for å sette en DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eller ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) diagnose (Blower, Addo, Hodgson, Lamington, & Towlson, 2004; Bronsard et al., 2011; Keller, Salazar, & Courtney, 2010; McCann, James, Wilson, & Dunn, 1996; Schmid, Goldbeck, Nuetzel, & Fegert, 2008). I tillegg finnes det to studier som har brukt indirekte metoder; Stahlberg, Anckarsater, og Nilsson (2010) utførte en studie der ansatte på institusjonen gjorde en systematisk vurdering for å sette DSM-IV diagnoser på bakgrunn av den ordinære kartlegging som ble gjort ved inntak på institusjonen, og en studie av Ford et al. (2007) som brukte "Development and Well-Being Assessment (DAWBA)" (Goodman et al., 2000) og rapporterte ICD-10 diagnoser (WHO, 1993).

1. Den første kartleggingen som ble gjort av ungdommer i barneverninstitusjoner ved hjelp av diagnostiske intervju ble gjennomført av McCann et al. (1996). Denne studien har en såkalt to-fase design. Det betyr at man i fase 1 foretar en generell kartlegging av en gruppe, og deretter i fase 2 foretar en oppfølging av kun en liten del av den opprinnelige gruppen på bakgrunn av bestemte kriterier. Et slikt to-fase design kan være problematisk fordi man i fase 2 vil finne kunstig høye prevalenser som ikke er representative for hele utvalget (Blower et al., 2004). McCann et al. (1996) utførte altså en to-fase studie i Storbritannia der de rapporterte fra 88 ungdommer i alderen 13-17 år som var blitt tatt hånd om av barnevernet. Minoriteten var i barneverninstitusjoner, mens majoriteten var i fosterhjem. I den første screeningen skåret 47 av ungdommene i klinisk område på et spørreskjema (Child Behavior Checklist - CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001). 37 av disse 47 ungdommer ble deretter intervjuet med et standardisert psykiatrisk intervju (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997). McCann et al. (1996) fant en overordnet forekomst av psykiatriske diagnoser på 96 % blant ungdommene som skåret høyt på CBCL og som bodde i barneverninstitusjon. Det er en svakhet ved studien at andelen ungdommer

som bodde i barneverninstitusjon var liten og at kun høy-skårere på CBCL gjennomførte det diagnostiske intervjuet.

2. Den andre studien (Blower et al., 2004) er også britisk og gjorde bruk at det samme to-fase designet som studien over. Resultatene viste at 21 barn (44 % av det totale utvalget) hadde en definitiv, mulig eller forbigående DSM-IV diagnose. På bakgrunn av de metodologiske utfordringene og det lille utvalget er det vanskelig å bruke denne studien som sammenlignende for våre resultater.
3. Bronsard og kollegaer (2011) vurderte psykisk helse hos 183 ungdommer mellom 13-17 år som bodde i barneverninstitusjoner i Frankrike ved hjelp av «Diagnostic Interview Schedule for Children» (DISC 2.25) (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, & St-Georges, 1998). Resultatene viste at 48.6 % oppfylte diagnose kriteriene for en DSM-IV diagnose i løpet av de 6 siste månedene. Generaliserbarheten fra disse resultatene er lav ettersom studien hadde en svært lav respons rate på 28 % (Bronsard et al., 2011).
4. I Sverige ble det kartlagt psykisk helse som en del av inntaksprosessen på fire barneverninstitusjoner hos til sammen 100 ungdommer. Metoden var bruk av systematisk protokoll, dvs. at standardiserte, strukturerte psykiatriske intervjuer ikke ble brukt (Stahlberg et al., 2010). I tillegg var 92 % i utvalget gutter som hadde blitt plassert i institusjonen på bakgrunn av lovbrudd som var begått, noe som begrenser overføringsverdien av resultatene til norske forhold.
5. Schmid og kolleger (Schmid et al., 2008) studerte psykisk helse hos barn og unge mellom 4 og 19 år fra 20 av 27 mulige barneverninstitusjoner i en kommune i Tyskland. Også i denne studien ble det brukt en to-fase design. Etter en kartlegging med CBCL/Youth Self Report (Achenbach & Rescorla, 2001), ble 359 høye skårere fulgt opp med "Diagnostic System for Mental Disorders for Children and Adolescents" (Doepfner & Lehmkuhl, 2000). Resultatene viste at 60 % av barn og unge i institusjonene oppfylte kriteriene på en psykiatrisk diagnose. Som nevnt ovenfor fører den innledende seleksjonen til at det er usikkerhet rundt at dette er et reliabelt estimat som egner seg for sammenligning.

Så vidt vi vet er det bare to studier som er direkte sammenlignbare med vår studie.

6. Keller og kolleger (2010) brukte "Composite International Diagnostic Interview (CIDI)" (WHO,

1997) i et stort og representativt utvalg (N=732, svarprosent , 95 %) av ungdommer som var 17 år eller eldre og i kontakt med barnevernet i tre nordamerikanske stater. Av disse bodde 132 (18 %) i barneverninstitusjoner. For ungdom i barneverninstitusjon var forekomsten av diagnoser PTSD 19 %, depresjon 14 % og noen form for rusmisbruk 10 %.

7. Ford og kolleger (2007) undersøkte 1543 barn og unge mellom 5 og 17 år som ble tatt hånd om av barnevernet ved hjelp av «Development and Well-Being Assessment» (DAWBA). Blant disse var det 279 som bodde i barneverninstitusjoner. Resultatene viste at barn og unge i barneverninstitusjon hadde den høyeste forekomsten av psykiatriske diagnoser (71 %) sammenlignet med unge i fosterhjem eller andre plasseringsformer i regi av barnevernet.

Internasjonal forskning viser altså at forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge i barneverninstitusjoner ligger mellom 44 – 96 %. Grunnen til at spriket i forekomst er så stort kan skyldes ulik alder, bruk av ulike diagnostiske verktøy, ulik fremgangsmåte (to-fase design eller ikke) og ulike målgrupper. Det er i tillegg store forskjeller mellom land i kultur, lovgivning, barnevernssystem, psykisk helsevern, hvordan man tenker rundt hva en barneverninstitusjon skal være, samt de sosio-økonomiske forholdene til innbyggere. Man vil derfor kunne forvente ulike forekomster av psykiske lidelser hos barn og unge som bor i barneverninstitusjoner i ulike land. Det er derfor viktig å ha klart for seg hva som er funnet i internasjonal forskning, men også hva norsk forskning viser.

Generelt viser epidemiologiske studier i Norge at forekomsten av psykiske vansker i den generelle barnebefolkningen ligger lavt sammenlignet med andre land (Bang Nes & Clench-Aas, 2011). Tidlig trygg i Trondheim studien, som benyttet seg av foreldreversjonen av CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment), viste at forekomsten av psykiske lidelser hos 4-åringene var på 7.1 % (Wichstrøm et al., 2012). Barn i Bergen studien, som benyttet seg av DAWBA, fant at 7 % av barn mellom 8-10 år har psykiatriske lidelser som gjør dem behandlingstrengende (Heiervang, Stormark, Lundervold, Heimann, & Goodman, 2007). Dette er 2-4 ganger lavere enn hva ikke-nordiske studier finner. Hvis man slår sammen alle typer psykiske vansker/symptomer av en eller annen grad finner man at 15-20 % av norske barn og unge vil oppleve dette i løpet av oppveksten (Dybing & Stoltenberg, 2006). Det er til nå ikke gjort noen tilsvarende store norske epidemiologiske studier, som Tidlig trygg i Trondheim og Barn i Bergen, av barn som er plassert i barneverninstitusjon og deres psykiske

helse. Det er likevel norsk forskning som viser at det å være plassert utenfor hjemmet er forbundet med økte psykiske vansker sammenlignet med normalbefolkningen (Havik, 2007; Havnen, Jakobsen, & Stormark, 2009; Holtan, Rønning, H., & Sourander, 2005; Lehmann, Havik, Havik, & Heiervang, 2013). Ettersom disse studiene ikke kartlegger psykiske vansker hos barn i barneverninstitusjoner har vi valgt ikke å beskrive dem i nærmere detalj. Den eneste undersøkelsen vi har funnet som undersøker psykisk vansker hos barn og unge i barneverninstitusjoner er gjort av Kjelsberg og Nygren (2004). De kartla psykiske vansker/symptomer i totalpopulasjonen av barn og unge som bodde i barneverninstitusjoner i Oslo kommune ved hjelp av de standardiserte spørreskjemaene Child Behavior Checklist (CBCL) og Youth Self-Report (YSR) (Achenbach, 2003). Det var 25 hovedkontakter til barn mellom 4-18 år som fylte ut CBCL og 155 barn i alderen 11-18 år som fylte ut YSR. Resultatene viste at 68 % av barna og ungdommene hadde psykiske vansker/symptomer.

Undersøkelser av forekomst av psykiske helseplager blant barn i barnevernet indikerer at disse skulle ha et langt større behov for bruk av helsetjenester for slike plager enn annen ungdom (Bronsard et al., 2011; Ford et al., 2007). Økt bruk av helsetjenester er da også funnet i en rekke undersøkelser, primært fra USA (Burns et al., 2004; Horwitz et al., 2012; Petrenko, Culhane, Garrido, & Taussig, 2011), men også fra Spania (Sainero, Bravo, & del Valle, 2014). I de fleste tilfellene har disse undersøkelsene stort sett tatt for seg barn i barne- eller sosialtjenesten, ikke barn i omsorgstiltak eller institusjon. Vi vet derfor lite spesifikt om tjenestebruken blant de unge som er antatt å ha det største behovet, nemlig de som er plassert i institusjon. Ett viktig unntak finnes, i Spania viste en nylig publisert studie at ¼ av ungdom på barnevernsinstitusjon hadde mottatt helsehjelp for sine psykiske vansker (Sainero et al., 2014). Dette utgjorde en tredjedel av ungdommene som scoret innen klinisk område på CBCL. Det er videre all grunn til å tro at helsetjenestebruken vil variere i forhold plasseringspraksis mellom land og utformingen og tilgjengeligheten av helsetjenestene. Det er derfor nødvendig å gjennomføre undersøkelser i Norge spesielt for å kunne kjenne til situasjonen for norske ungdommer. I en norsk undersøkelse, «Dobbelklientprosjektet», ble brukere av barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i Oslo kartlagt for blant annet å kartlegge om hjelpebehovet til disse barna og ungdommene ble dekket. Resultatene viste at 80 % av barneverns klientene med et behandlingsbehov ikke fikk hjelp fra BUP (Nygren, 2000).

Forskning på bruk av helsetjenester i den generelle befolkningen peker på at gutter oftere får psykiatrisk hjelp enn jenter (Wichstrøm, Belsky, Jozefiak, Sourander, & Berg-Nielsen, 2014; Zwaanswijk, Van der Ende, Verhaak, Bensing, & Verhulst, 2005), og i Spania var dette også tilfelle for ungdom i barnevernsinstitusjon (Sainero et al., 2014). Tidligere forskning i den generelle befolkningen tyder bl.a. på at det i første rekke er atferdsvansker som er styrende for om man blir henvist i barne- og ungdomspsykiatrien, og det samme synes å være gjeldende for små barn (Angold et al., 1998; Wichstrøm et al., 2014). Det er allikevel indikasjoner på at suicidalproblematikk, og ikke atferdsvansker, øker sannsynligheten for henvisning av ungdommer til BUP i Norge (Reigstad, Jørgensen, Sund, & Wichstrøm, 2006). Forskningen på bruk av helsetjenester avhengig av behov (det vil si å ha mentale helseproblemer eller en psykiatrisk diagnose) er imidlertid mager. Fra USA viste Burns og medarbeidere at bare om lag ¼ av barn med mange symptomer på mentale helseplager (målt ved CBCL) i barnevernet generelt hadde mottatt slik hjelp siste året (Burns et al., 2004).

Som denne forskningsgjennomgangen viser finnes det få sammenlignbare resultater fra forskning som kartlegger psykiske lidelser hos ungdommer i norske barneverninstitusjoner, og hvilken hjelp ungdommene får for disse plagene. Resultater fra vår studie på disse områdene vil bli presentert i kapittel 3.2 «Prevalens av psykiatriske lidelser hos ungdom i barneverninstitusjon» og 3.3 «Hjelp og Hjelpebehov».

1.2. LIVSKVALITET HOS UNGE I BARNEVERNINSTITUSJONER

Nanna Sønnichsen Kayed & Thomas Jozefiak

Som nevnt innledningsvis i rapporten har denne forskningsstudien til formål å danne et bredt bilde av hvordan ungdommer som er plassert i barneverninstitusjoner har det. Med utgangspunkt i tankegodset fra positiv psykologi er vi opptatt av disse ungdommenes styrker og ressurser, og om de selv opplever at de har det bra. Hos ungdom er livskvalitet definert som en subjektiv opplevelse av velvære («well-being») og fornøydhet som ungdommen selv evaluerer ut fra sine egne livserfaringer (Mattejat & Remschmidt, 1998). Livskvalitet konseptet består delvis av positive og negative følelser knyttet til helse og ulike livsdomener, i tillegg til en emosjonell tilstand som bestemmes ut fra personlighetstrekk og temperament (Jozefiak, Larsson, Wichstrøm, Wallander, & Mattejat, 2010). I barnevernsammenheng bør livskvalitet være et viktig mål, da det står sentralt i barnevernets arbeid å identifisere barnas styrker, øke motstandsdyktighet og prososial atferd. Dette er faktorer som henger tett sammen med livskvalitet.

Ettersom flere unge i barnevernsinstitusjoner ser ut til å ha dårligere psykisk helse enn normalpopulasjonen (Egelund & Lausten, 2009; Ford et al., 2007; Iversen et al., 2008; Kjelsberg & Nygren, 2004), trenger dette ikke nødvendigvis å bety at ungdommene har dårlig livskvalitet. Dette fordi psykiske lidelser og livskvalitet er nært beslektede og delvis overlappende, men ikke identiske begreper og dermed måler ulike fenomener (Bastiaansen, Koot, & Ferdinand, 2005; Jozefiak, Mattejat, & Remschmidt, 2012). Subjektiv livskvalitet er avhengig av mange faktorer, både medfødte disposisjoner, sårbarheter, potensialer, ressurser og andre beskyttende faktorer hos ungdommen, samt hvordan hver enkel ungdom blir møtt av institusjonsmiljø, skole, annet fagpersonell, personlig nettverk og opprinnelsesfamilie. Denne dynamikken gjør at ungdommene kan ha ulike utviklingsforløp (Sameroff, 2009) og ulike subjektive erfaringer.

Dessverre mangler det forskning på livskvalitet i barnevernsektoren. Den subjektive komponenten knyttet til en persons livskvalitet (Holte et al., 2014; WHO, 1994) har ikke vært gjenstand for den samme oppmerksomheten som for eksempel psykososiale problemer (Jud, Landolt, Tatalias, Lach, & Lips, 2013; Prosser & Corso, 2007). Vi har kun funnet 7 artikler som tar for seg livskvalitet hos ungdommer i barnevernet (Buttner, Petermann, Petermann, & Rucker, 2011; Carbone, Sawyer, Searle, & Robinson, 2007; Carroll, Duffy, & Martin, 2014; Damjanovic, Lakic, Stevanovic, & Jovanovic,

2011; Damjanovic et al., 2012; Davidson-Arad, 2010; Van Damme-Ostapowicz et al., 2007). To av disse (Damjanovic et al., 2011; Damjanovic et al., 2012) var basert på det samme barnevernsmaterialet, noe som reduserer antallet studier til 6. To av disse studiene hadde svært små utvalg (N=84 og N=30) (Buttner et al., 2011; Davidson-Arad, 2010), noe som begrenser generaliserbarheten i resultatene. Samlet sett viser resultatene fra disse 6 studiene at barn i barnevernet har dårligere livskvalitet enn barn i normalbefolkningen. Av de seks studiene vi har funnet, er det kun 3 som tar for seg livskvalitet hos barn som er plassert i barneverninstitusjoner spesielt (Carroll et al., 2014; Damjanovic et al., 2012; Davidson-Arad, 2010). Kun to av disse studiene er direkte sammenlignbare med vår studie:

- Damjanovic et. al (2011, 2012) sammenlignet 216 barn og unge i fosterhjem og barneverninstitusjoner i Serbia med normalbefolkningen ved hjelp av instrumentet Pediatric Quality of Life Inventory v.4 (PedsQLTM) (22). Barna som bodde i barneverninstitusjoner rapporterte signifikant dårligere livskvalitet enn de som bodde i fosterhjem eller i biologisk familie.
- I kontrast er det gjort en skotsk studie av Carroll et al. (2014) der man ikke fant noen signifikante forskjeller i livskvalitet mellom ungdommer som bodde i barneverninstitusjoner og en kontroll gruppe.

I disse to studiene ble det ikke brukt voksen som sekundær informant for å gi et supplerende perspektiv i tillegg til ungdommens perspektiv. Det er velkjent fra livskvalitetsforskning at det kan være stort sprik mellom ungdommenes selvrapport og de voksens sekundær rapport avhengig av gruppen man studerer, f.eks. om man studerer den generelle ungdomsbefolkningen eller en klinisk populasjon, og hvilken klinisk populasjon man studerer (Holte et al., 2014). Selvrapport kan påvirkes av alder, psykisk sykdom eller en for positiv selv-evaluering (Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza, & Kaiser, 2007). Voksne som sekundær informanter kan også påvirkes av flere faktorer, som for eksempel depresjon hos mor (Davis, Davies, Waters, & Priest, 2008). I barnevernfeltet kan problemet med foreldre som sekundær informanter være enda mer komplisert, ettersom biologiske foreldre eller fosterforeldre ikke alltid er tilgjengelige eller passende som informanter (Prosser & Corso, 2007). Det mangler derfor forskning der reliable mål på livskvalitet er rapportert av ungdommer i barnevernet, og så vidt vi vet finnes det ingen studier der ansatte på institusjonen har blitt brukt som sekundær informanter. Davidson-Arad (2010) illustrerte utfordringer knyttet til det å bruke multi-informanter i forskning på livskvalitet hos barn i

barnevernet. Forfatteren sammenlignet forskjeller i livskvalitet hos 30 israelske barn og unge i alderen 10-17 år, der livskvalitet ble evaluert av en saksbehandler i barnevernet, en profesjonell som ikke var involvert i saken, barnet selv og dets foreldre. Foreldrene skåret gjennomgående sitt barns livskvalitet som høyere enn de to profesjonelle informantene.

Manglende forskning, metodologiske begrensninger og motstridende resultater i de få eksisterende livskvalitetsstudiene som er utført i barneverninstitusjoner gjør det vanskelig å generere hypoteser om hvordan de opplever at de har det på ulike livsområder. Det er dokumentert høye nivåer av emosjonelle og atferdsmessige vansker hos unge i barneverninstitusjoner (Kjelsberg & Nygren, 2004), som man antar vil påvirke beboernes livskvalitet i en negativ retning. Det har tidligere blitt påvist at barn og unge i Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har dårlig livskvalitet (Bastiaansen et al., 2005; Jozefiak et al., 2010), men det finnes ingen studier som sammenligner livskvalitet hos ungdommer i barneverninstitusjoner med pasienter i BUP.

Det er bekymringsfullt at det er gjort så lite forskning på livskvalitet hos barn i barneverninstitusjoner. Denne undersøkelsen er den første, store undersøkelsen som ser på livskvalitet hos ungdom i norske barneverninstitusjoner både med selv- og sekundær rapport. Resultater fra vår studie vil bli presentert i kapittel 3.4 Livskvalitet hos ungdommer i barneverninstitusjon.

1.3. INSTITUSJONENES SOSIALE MILJØ

Torill Tjelflaat

Historisk sett har det vært mye kritikk av barneverninstitusjonen, og dens miljømessige betingelser som oppvekstarena for barn. Rundt 1950 viste flere studier at institusjonsplassering hadde en negativ effekt på barns utvikling (Bowlby, 1958; Pringle & Bossio, 1958; Spitz, 1945). Goffmans (1961) forskning på 1950-tallet som resulterte i teorier om «den totale institusjon», bedret heller ikke på tilliten til institusjonene. Institusjonalisering vokste fram som et negativt begrep, og refererte seg blant annet til institusjonens kunstige karakter. Colton et al. (1997) sier at ungdom har en felles «merkelapp» når de plasseres i institusjon; en merkelapp som både er diskvalifiserende og stigmatiserende. På mange måter opplevde institusjonene en stor tillitskrise på 1950- og 1960-tallet, både på grunn av de negative forskningsresultatene, men også knyttet til opplysninger om uverdige og ødeleggende interne forhold (Colton & Hellinckx, 1993); jevnfør også rapporter fra granskinger av barnehjem (Tjelflaat & Bolstad, 2008). Det ble stilt spørsmål om institusjonene i hele tatt var i stand til å ivareta barn og unges oppvekst og oppdragelse.

Dagens institusjonsbarnevern er nok fortsatt preget av et historisk negativt rykte, selv om nåtidens institusjoner fremviser et annet og betydelig mer positivt bilde enn det vi finner fra historien. Barneverninstitusjonene framstår innenfor trygge, juridiske rammer, både med hensyn til barns rettigheter under opphold, og de kontrollrutinene som er etablerte. De materielle forholdene er gode, og det er en høy andel av ansatte som har relevant faglig bakgrunn. Institusjonen er ikke lenger «lukket»; barna går på skole, de er med på fritidsaktiviteter, besøker venner og biologisk familie. Likevel framstår også dagens institusjoner innenfor til dels tvetydige rammer; de er «siste utvei» samtidig som de skal være et godt omsorgstilbud (Backe-Hansen et al., 2011; Tjelflaat, Hyrve, & Solhaug, 2003; Ulset & Tjelflaat, 2013). Det settes også i dag spørsmål ved institusjonenes egnethet som oppvekstarena for barn. Dette har medført økt fokus på kvalitet i barneverninstitusjoner (se blant annet rapport fra Bufdir (2010)), og hvordan erstatte mest mulig av det kunstige institusjonslivet med hva vi forstår med et hjem og god omsorg. Med stadig større vekt på barns rettigheter og medvirkning, er det også ønskelig at barna blir trukket mest mulig inn både med hensyn til utforming av institusjonens sosiale miljø, og egne individuelle preferanser. Dette er også nedfelt i Forskrift om rettigheter og bruk av tvang i barneverninstitusjoner (2012).

I tillegg til barns rett til medvirkning i egen hverdag, er det også økt fokus på forskning hvor barn trekkes inn som informanter, og det gjennomføres flere brukerundersøkelser og forskningsprosjekter knyttet til barn i dagens institusjoner (Gautun, 2010; Gautun, Sasaoka, & Gjerustad, 2006; Rambøll, 2011, 2014; Tjelflaat et al., 2003; Tjelflaat & Ulset, 2007; Ulset & Tjelflaat, 2012).

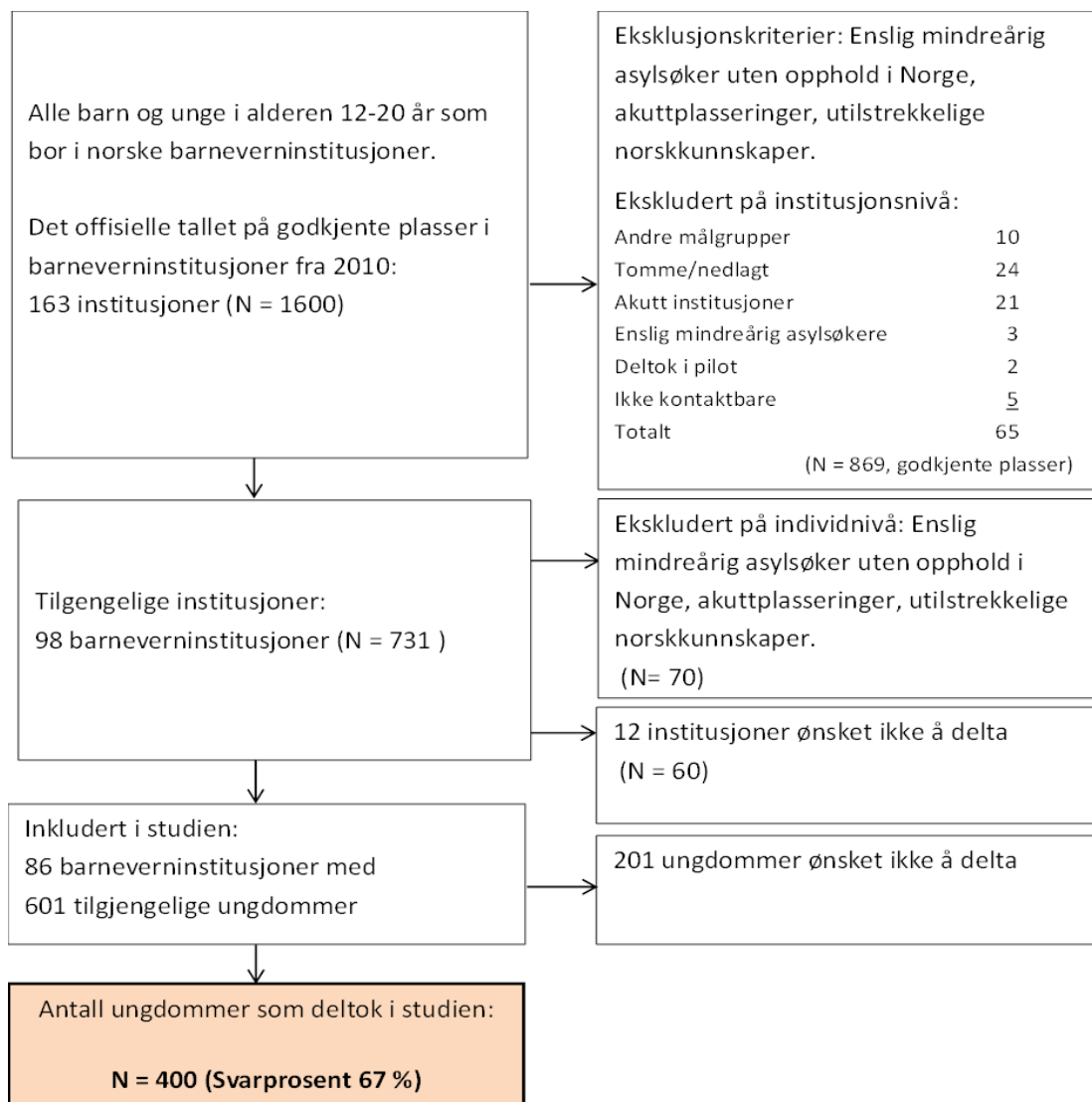
I vår undersøkelse ønsket vi også å inkludere barnas oppfatninger av det sosiale miljøet i institusjonene. Tidlig i prosjektarbeidelsen så vi derfor etter egnede spørreskjema som kunne ivareta dette, og valgte The Community Oriented Programs Environment Scales - COPES (Moose, 2009) som vi vurderte å være et godt verktøy til vårt formål; jevnfør kapittel 2.3; Instrumenter/tester, COPES.

DEL 2 METODE

2.1 DELTAKERE

Inklusjonskriteriene for å delta i forskningsprosjektet var at man skulle være mellom 12-20 år og bo i barneverninstitusjon. Akutt plasserte barn og unge var ikke inkludert, og det var heller ikke enslig mindreårige asylsøkere uten opphold i Norge. Enslige mindreårige som hadde fått innvilget opphold i Norge kunne delta dersom de snakket så

godt norsk at de kunne gjennomføre det barne- og ungdomspsykiatriske intervjuet. Ungdommer som deltok i MultifunC institusjonsstudien (Bufetat, 2007) ble ekskludert for å unngå merbelastning for barna.



Figur 1. Flytskjema over institusjonelt og individuelt frafall.

På bakgrunn av Bufetats oversikt fra 2010 over godkjente og foreløpige godkjente statlige, private og kommunale institusjoner i regionene Øst, Sør, Vest, Midt og Nord, ble det laget en database. Akutte institusjoner, MultifunC institusjoner og institusjoner for enslig mindreårige asylsøkere ble ikke inkludert. Totalt var det 163 institusjoner med 1600 godkjente plasser som utgjorde databasen. Som vist i Figur 1 var det på kontakttidspunktet 65 institusjoner som av ulike årsaker ble ekskludert. Det var dermed 98 tilgjengelig institusjoner, der 12 institusjoner ikke ønsket å delta. Dette gir et institusjonelt frafall på 12 %. Av de 12 institusjonene som ikke ønsket å delta oppga 2 av lederne at ungdommene var for syke/dårlige, mens 10 ledere oppga at det var for stor belastning for institusjonen å delta. Det var ingen signifikante forskjeller mellom deltakende og ikke-deltakende institusjoner med hensyn til eierform eller geografisk beliggenhet. Av de 98 institusjonene med 731 tilgjengelige plasser, ble 70 ungdommer ekskludert i henhold til eksklusjonskriteriene på individuelt nivå. Av disse oppga lederne at ungdommene ikke snakket godt nok norsk (n=13), ikke hadde norsk statsborgerskap (n=7), at ungdommene var for syke til å delta (n=4) eller for unge til å delta (n=6), at de falt utenfor målgruppen (n=24), at de ikke var tilstede fordi de var på rømmen eller innlagt til akutt psykiatrisk behandling (n=12), eller at de hadde diagnosen psykisk utviklingshemming med svak fungering (n=4). Vi ble da sittende igjen med 86 tilgjengelige («eligible») institusjoner med 601 tilgjengelig ungdommer. Av disse var det 400 som deltok i studien, som gir et frafall på 33 %.

2.2 FREMGANGSMÅTE

Tilgjengelige avdelinger/institusjoner ble tilfeldig rangert og institusjonene ble kontaktet i denne tilfeldige rekkefølgen. Leder ved institusjonen ble informert om prosjektet både muntlig og skriftlig, og rekrutteringen av ungdommene ble gjort via ansatte på institusjonen. De ansatte på institusjonen innhentet også informerte samtykker fra ungdommene. Dersom ungdommen var under 16 år sørget institusjonen for at det også ble innhentet samtykke fra den som hadde omsorgen for ungdommen, i tillegg til samtykke fra ungdommen selv.

Når informert samtykke var blitt innhentet ble det avtalt besøk av en forskningsassistent på avdelingen/institusjonen. Totalt var det 4 forskningsassistenter som reiste ut til ungdommene der de bodde. For å få kvalitativt gode data ble hver enkelt ungdom intervjuet personlig (i motsetning til kun spørreskjema- og registerdata). Gjennomsnittlig ble det brukt 2.5 timer per ungdom, maksimalt 4 timer. For at belastningen ikke skulle bli for stor for ungdommene ble det tatt pauser hver time og man hadde muligheten til å dele opp datainnsamlingen over 2 dager. I tillegg til ungdommene, ble hovedkontaktene (særkontaktene/ primærkontaktene) til hver ungdom intervjuet og bedt om å besvare et spørreskjema om ungdommen. Leder ved institusjonen ble bedt om å fylle ut et spørreskjema om forholdene ved institusjonen.

2.3 INSTRUMENTER/TESTER

Tabell 1. Oversikt over kartleggingsinstrumenter omtalt i rapporten.

Verktøy	Område	Informant
Intervju:		
Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) interview	Barne- og ungdomspsykiatri	Ungdom
Intervju om ungdommen	AHDH/Tilknytningsforstyrrelser/ Autismespekter diagnose	Hovedkontakt
Tilleggsintervju av ungdommen	Omsorgshistorikk/skole/rus	Ungdom
Spørreskjema:		
Om institusjonen	Objektive opplysninger	Leder
Community oriented programs environment scale (COPES)	Opplevd sosialt miljø på institusjonen	Ungdom/ Leder
KINDL	Livskvalitet	Ungdom/ hovedkontakt
Child Behavior Check List (CBCL)	Psykisk helse	Hovedkontakt

Det var en bred kartlegging av ungdommene som deltok i studien (see Tabell 1).

Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)/ Intervju om ungdommen

CAPA er et veletablert semi-strukturert og standardisert barne- og ungdomspsykiatrisk intervju som samler informasjon om start, varighet, hyppighet og intensitet av symptomer på en rekke psykiatriske DSM-IV diagnoser (Angold & Costello, 2000). Intervjumanualen fungerer som en guide og forskningsassistenten kan følge opp med spørsmål til det er avklart om et symptom er tilstede ut fra forhåndsbestemte kriterier fra DSM IV. Intervjuet fanger også funksjonsnedsettelse. Test-retest reliabiliteten for intervjuet har vært bra, med en $\kappa=0.55$ for Atferdsvansker til $\kappa=1$ for Rusavhengighet (Angold & Costello, 2000).

Det pågår en vitenskapelig diskusjon hvorvidt selvrapporing av symptomer for ADHD, Autismespekter diagnose og tilknytningsforstyrrelse er reliable. (Mazefsky, Kao, & Oswald, 2011; Owens et al., 2007; Swanson, Owens, & Hinshaw, 2012). Når det gjaldt rapportering av symptomer på disse 3 diagnosene anså vi derfor ungdommene som dårligere informanter enn voksne som kjenner dem godt. Vi valgte derfor å bruke hovedkontakten på institusjonen (eller en annen voksen på institusjonen som kjente ungdommen godt) ved rapportering av symptomer på ADHD, autisme og tilknytningsforstyrrelse og ikke ungdommen selv. Vi brukte foreldreversjonen av CAPA, PAPA, (Angold & Costello, 2000) som diagnostisk verktøy dersom diagnosen ADHD var satt tidligere av en spesialist i barne- og ungdoms psykiatri eller barnelege, ble ungdommen gitt denne diagnosen

selv om de ikke fylte diagnose kriteriene i CAPA på det tidspunktet forskningsassistentene intervjuet dem. Årsaken til slike «sub-kliniske skåringer» kan være medisinerer for ADHD eller pågående terapi da dataene ble samlet inn.

Tilleggsintervju av ungdommen

For å få dekket den spesielle omsorgshistorikken disse ungdommene har, ble det laget et eget intervju der ungdommen ble spurt om barnevernrelaterte faktorer. Intervjuet dekket også områdene helsehjelp, foreldres helse og rusbruk, eget rusbruk og skole historikk.

Spørreskjema om institusjonen

Faktiske opplysninger om institusjonen ble samlet inn i et spørreskjema utfylt av leder eller nestleder ved institusjonen. Områdene som ble dekket var blant annet type eierskap, antall godkjente plasser på institusjonen, beliggenhet, antall ansatte, utdanning blant de ansatte, rutiner og rusbruk på institusjonen.

Community oriented programs environment scale (COPES)

COPES er utviklet av Moose (2009) for å måle det sosiale miljøet i institusjonssammenheng. Det er utarbeidet tre versjoner av COPES hvor det faktiske (real), foretrukne (ideal) eller forventede (expected) sosiale miljøet på institusjonen blir målt. I vårt prosjekt valgte vi å bruke versjonen for faktisk opplevelse av det sosiale miljøet. Den engelske versjonen av COPES (4. utgave) ble oversatt til norsk gjennom godkjente prosedyrer.

Både ungdom og leder eller nestleder ved institusjonen besvarte spørreskjema bestående av 100 spørsmål med svaralternativene sant/usant fordelt på 10 subskalaer som måler a) «Involvering», b) «Støtte», c) «Spontanitet», d) «Autonomi», e) «Praktisk orientering», f) «Personlige problemorientering», g) «Toleranse for sinne/aggresjon», h) «Orden og organisering», i) «Programtydelighet» og j) «Ansattes kontroll». Subskalaene inngår i 3 underliggende dimensjoner som måler 1) «Relasjon», 2) «Personlig vekst» og 3) «Systemopprettholdelse». Totalt er det 10 spørsmål på hver subskala; skåringene vil dermed ligge mellom 0 og 10; dess høyere skåre dess bedre vurderes det sosiale klimaet å være. Analysene ble gjort fra rådata, da COPES ikke er normert for norske forhold. Tabell 2 viser de ulike nivåinndelingene for gjennomsnittsskårene på hver subskala og de 3 dimensjonene (Brunt & Hansson, 2002). Normene er hentet fra Sverige og vi vil følge samme norm i våre analyser.

Tabell 2. Inndeling i gjennomsnittsskårer for subskalaene og dimensjonene i COPES

Inndeling av gjennomsnittsskårer	Nivåinndeling Alle subskalaer	Nivåinndeling Dimensjoner: «Relasjon», «Systemopprettholdelse»	Nivåinndeling Dimensjon: «Personlig vekst»
Lavt nivå	Mean ≤ 3.3	Mean ≤ 9.9	Mean ≤ 13.3
Middels nivå	Mean 3.4 - 6.6	Mean 10.0 - 19.9	Mean 13.4 - 26.6
Høyt nivå	Mean ≥ 6.7	Mean ≥ 20.0	Mean ≥ 26.7

KINDL

Ungdommens subjektive oppfatning av sin livskvalitet ble målt ved hjelp av KINDL (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998, 2000). I studien fylte både ungdommen selv og hovedkontakten til hver ungdom ut spørreskjemaet. Spørreskjemaet har blitt utviklet for epidemiologisk bruk i friske og kliniske grupper av barn og unge. Skjemaet består av 24 spørsmål likt fordelt på seks sub-skalaer: 1) fysisk velvære, 2) emosjonell velvære, 3) selvbilde, 4) familie, 5) venner og 6) skole. I denne studien ble sub-skalaen «familie» ikke brukt, da det skal rapporteres fra opplevd livskvalitet den siste uken, og det er en mulighet for at ungdommene ikke har vært i kontakt med familien. Sub-skalaen «skole» ble kun analysert for ungdommer det det ble rapportert at de går på skole.

The Child Behavior Checklist (CBCL)

I studien brukte vi CBCL versjon 2001 (Achenbach & Rescorla, 2001) for barn og unge mellom 6-18 år. «Problemdelen» i CBCL » består av 118 spørsmål to åpne spørsmål vurdert på en skala fra 0-2 (0 stemmer ikke, 1 stemmer delvis eller noen ganger og 2 stemmer veldig bra eller ofte). Dette gir en «Total problem skåre» som kan variere fra 0-240. Videre kan 8 subskalaer (såkalte syndromskalaer) beregnes: «Tilbaketrukket/deprimert», «Engstelig/Deprimert», «Somatiserene problemer», «Tankeproblemer», «Sosiale Problemer», «Oppmerksomhetsproblemer», «Regelbrytende atferd» og «Aggresjon». Den norske versjonen av CBCL har vist tilfredsstillende reliabilitet og validitet (alpha for totale vansker = .93, internaliserte vansker = .84 og eksternaliserte vansker = .89 (Jozefiak, Larsson, Wichstrom, & Rimehaug, 2012; Novik, 1999).

2.4 STATISTIKK

Frafallsanalyse

For å utelukke at datamaterialet ikke er representativt, dvs at vi kun har kommet i kontakt med de friskeste ungdommene og de best fungerende institusjonene, ble det gjennomført en frafallsanalyse. Hovedkontaktene til barn som ikke ønsket å delta i studien fylte ut CBCL spørreskjemaet for å kartlegge disse barnas problemer i anonymisert form. Vi mottok 141 anonyme CBCL skjemaer (bare kjønn og alder var tilgjengelig) fra hovedkontaktene til ikke-deltakere. Denne informasjonen ble brukt til å kjøre en statistisk metode som erstatter (imputere) manglende data ut i fra andre tilgjengelige data. Slik «Bayesian multiple imputation (MI)», er den anbefalte analysen for å estimere manglende verdier ved kategorisk data der verdiene ikke mangler helt tilfeldig. Alle manglende verdier i de diagnostiske kategoriene ble erstattet ved MI metoden med 100 imputerte data sett. Den tilgjengelige informasjonen som ble brukt som grunnlag for å imputere manglende data var de variablene i datasettet som ble vurdert som meningsfulle og relevante prediktorer for de manglende verdiene. Disse var kjønn, alder og de 8 syndromskalaene i CBCL som var tilgjengelig både for deltakere og ikke-deltakere. Deltakere og ikke-deltakere ble også sammenlignet på CBCL subskalene, der vi fant at ikke-deltakerne skåret noe høyere enn deltakerne på 5 av 8 skalaer. Forskjellene var imidlertid små (lave effektstørrelser). Disse forskjellene ble det tatt hensyn til i MI prosedyren. Analysene ble gjennomført i statistikkprogrammet Mplus versjon 7.2 (Muthén & Muthén, 1998-2010) og manglende verdier på diagnostiske kategorier i CAPA, som gitt i DSM IV, ble estimert for 541 ungdommer (400 deltakere + 141 ikke-deltakere med i frafallsanalysen). Denne analysen viste at forekomst av psykiatriske diagnoser mellom deltakere og ikke-deltakere var relativt lik, og at vårt utvalg var representativt.

Inter-reliabilitet mellom intervjuerne

Forskningsassistentene fikk en grundig opplæring i skåring av intervjuene og det ble holdt jevnlig skåringsmøter med en erfaren kliniker. For å sikre at skåringene til forskningsassistentene ikke avvek fra hverandre i for stor grad, ble ca 10 % av intervjuene (n=42) re-kodet blindet av en annen intervjuer. Samstemtheten mellom intervjuerne ble test ved hjelp av Gwets kappa (). Gwets kappa ble beregnet i statistikkprogrammet AgreeStat (<http://www.agreestat.com/agreestat.html>). Inter-rater reliabilitet mellom koderne, som målt ved Gwets kappa, var som følger for de ulike diagnosene:

Asperger syndrom =	0.83 (88 %);
ADHD =	0.74 (83 %);
Alvorlig atferdsforstyrrelse =	.78 (86 %);
Opposisjonell atferdsforstyrrelse =	0.97 (98 %);
Reaktiv tilknytning forstyrrelse =	.82 (88 %);
misbruk av alkohol/narkotika/tobakk =	.69 (76 %);
Depresjon =	0.89 (93 %);
dystymi =	0.92 (95 %);
agorafobi uten panikk =	1.0 (100 %);
spesifikk fobi =	.86 (88 %);
sosial fobi =	.87 (91 %);
tvangslidelse =	1.0 (100 %);
and Generalisert angstlidelse =	0.93 (95 %).

Diagnoser som ikke er rapportert forekom i det tilfeldige utvalget. Inter-rater reliabiliteten i vår studie tilsier at det var et godt samsvar i diagnostisering mellom våre forskningsassistenter når de brukte det barne- og ungdomspsykiatriske intervju CAPA.

Bakgrunnsvariabler

For å se hvordan bakgrunnsvariabler som kjønn, alder og plassering med og uten samtykke påvirket forekomsten av diagnoser, brukte vi logistisk regresjon med et signifikansnivå $p < 0.05$. Alle slike statistiske analyser ble gjort i det statistiske programmet SPSS versjon 21.

Etikk

Deltakerne ble rekrutterte med prosedyrer godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Midt-Norge (REK Midt). Informert samtykke ble alltid innhentet. Dersom ungdommene var under 16 år ble det innhentet samtykke fra den som hadde omsorgen for ungdommen, i tillegg til fra ungdommen selv. REK Midt godkjente også at hovedkontaktene fylte ut CBCL i anonym form for frafallsanalysen, slik at man kunne sammenligne deltakere og ikke-deltakere i studien.

For ikke-deltakerne ble det kun innhentet informasjon om alder, kjønn og CBCL. Etter at hovedkontaktene til ikke-deltakerne hadde fylt ut spørreskjemaet i anonymisert form ble det returnert i en standard konvolutt til en uavhengig sekretær og arkivert i låst arkiv til datainnsamlingen var avsluttet.

DEL 3 RESULTATER

3.1. EN DESKRIPTIV ANALYSE AV DELTAKERE OG INSTITUSJONER

Nanna Sønnichsen Kayed

Dette avsnittet har som formål å gi et utdypende bilde av barneverninstitusjonene og hvem som er plassert der. Svarene er hentet fra tilleggsintervjuet som ble gjort av ungdommene, bortsett fra informasjon om hvilken paragraf i barnevernloven ungdommene er plassert på bakgrunn av, der leder på institusjonen ga informasjon. De objektive opplysningene om barneverninstitusjonen er også gitt av lederne på institusjonene. Da deltakerne gjennomsnittlig var 16 år gamle vil barn og unge videre bli omtalt som ungdommer.

Deltakerne

Karakteristikk

Det var 400 barn og unge som deltok i studien, 230 jenter og 170 gutter. Gjennomsnittlig var jentene 16.5 år (SD 1,5) og guttene 16.9 år (SD 1,2). Den yngste deltakeren var 12 år og 2 måneder gammel, mens den eldste deltakeren var 20 år og 2 måneder gammel. 78,5 % av deltakerne oppga at de er etnisk norske og 83 % oppga at de har norsk som morsmål.

Plasseringshistorikk

Barn og unge plasseres i barneverninstitusjoner basert på ulike paragrafer i Barnevernloven. Vi har valgt å gruppere ungdommene etter om de er plassert med samtykke (§ 4.4 og § 4.26) eller uten samtykke (§ 4.12 og § 4.24). Det vil si at plasseringer med samtykke både kan være barnets eget samtykke eller foreldrenes samtykke til barnets plassering. I undersøkelsen utgjør ungdommer som er plassert med samtykke 44 %, mens ungdommer som er plassert uten samtykke utgjør 56 %. Her var det ingen kjønnsforskjeller. Det var derimot en signifikant forskjell i hvor gamle de var da undersøkelsen ble gjennomført ($p < 0.001$), der de som var plassert med samtykke var eldre ($M = 17,1$) enn de som var plassert uten samtykke ($M = 16,1$). Variablene kjønn og plassering vil bli brukt som bakgrunnsvariabler i analysene som følger.

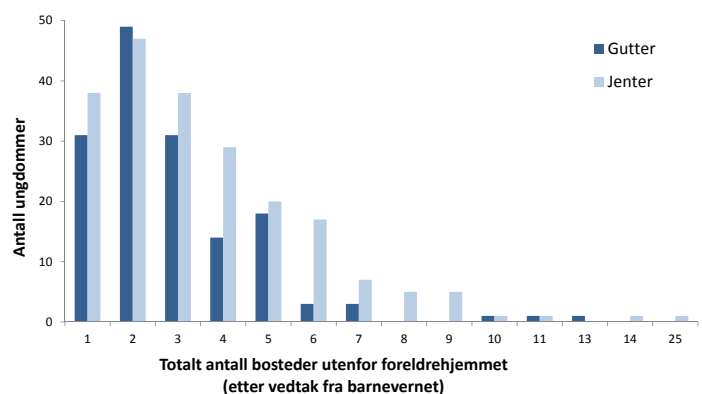
Tabell 3. Alder ved første flytting, etter vedtak fra barnevernet (N=392).

Alder	Antall	%
0-2 år	18	5
3-5 år	15	4
6-12 år	98	25
> 12 år	261	66

Ungdommene oppga at de gjennomsnittlig var 12 ½ år gamle (SD 3,9) da de ble flyttet hjemmefra første gang, etter vedtak fra barnevernet. For en oversikt over alder ved første flytting, se Tabell 3. Det var ingen signifikante forskjeller i alder for første flytting mellom gutter og jenter, men det var en forskjell i alder ($p < 0.001$) mellom ungdommer som var plassert med eller uten samtykke. Ungdommene som var plassert uten samtykke var yngre ($M = 11,4$) ved første flytting enn de som var plassert med samtykke ($M = 13,9$).

Tabell 4. Totalt antall bosteder utenfor foreldrehjemmet, etter vedtak fra barnevernet, for jenter, gutter og samlet (N = 364). Grafisk fremstilling av antall bosteder utenfor foreldrehjemmet for jenter og gutter.

Antall	Antall bosteder utenfor foreldrehjemmet, etter vedtak fra barnevernet			
	Jenter (n)	Gutter (n)	Samlet (n)	%
1	38	31	69	19
2	47	49	96	26
3-5	87	63	150	41
> 5	38	11	49	14
Totalt	210	154	364	100



Ungdommene svarte at de gjennomsnittlig har hatt 3,34 (SD 2,4) bosteder utenfor foreldrehjemmet, etter vedtak fra barnevernet (Tabell 4). Vi har ikke skilt mellom planlagte og utilsiktede flyttinger. Når man ser på hvor mange ganger ungdommene har flyttet bosted, varierer det fra 1 bosted og opp til 25 bosteder. Det var en signifikant forskjell mellom gutter og jenter ($p < 0.013$), der jentene ($M=3,6$) har hatt flere bosteder enn guttene ($M=3,0$), også når det er kontrollert for alder. Spesielt ser man i den grafiske fremstillingen at det var en overvekt av jenter som hadde hatt mer enn 5 bosteder. Blant de 14 % som rapporterte å ha hatt mer enn 5 bosteder utenfor foreldrehjemmet er 38 jenter og 11 gutter. Ungdommene som var plassert uten samtykke ($M=3,8$) har hatt et høyere antall bosteder ($p < 0.001$) enn de som var plassert med samtykke ($M=2,8$). 90 % av ungdommene oppga at har bodd i barneverninstitusjon i løpet av de 3 siste månedene.

35 % av ungdommene oppga at de aldri har bodd i fosterhjem og 35 % har kun bodd i 1 barneverninstitusjon. Til sammen var det 67 % av ungdommene som ikke hadde bodd i mer enn 2 institusjoner. Nesten alle ungdommene (93 %) oppga at de hadde hatt kontakt med egen familie under oppholdene.

Da ungdommene ble flyttet hjemmefra for første gang (etter vedtak fra barnevernet) flyttet de fleste til en barneverninstitusjon (59 %), mens andre flyttet i fosterhjem (23 %). De øvrige ungdommene oppga at de flyttet til andre familiemedlemmer, psykiatrisk institusjon, avlastningshjem eller beredskapshjem. Som årsak til den første flyttingen (kategoriene kan overlappes) oppga 38 % av ungdommene at de ble flyttet fordi det var problemer mellom dem selv og deres foreldre/foresatte, 29 % at årsaken var atferdsvansker hos dem, 14 % egne rusproblemer, 13,5 % vold mellom dem selv og foreldre, mens 11 % oppga foreldres problemer med psykisk sykdom som årsak. Andre årsaker som sjeldnere ble oppgitt var bortfall av foreldre/foresatte, egen kriminalitet og foreldres problemer med alkohol, kriminalitet eller vold.

Tabell 5 viser ungdommenes egen rapportering av hvordan det var for dem å bli plassert i barneverninstitusjon for første gang ($N=378$), samlet og oppdelt på bakgrunn av plassering med eller uten samtykke.

Opplevelse av å bli plassert i barneverninstitusjon	Plassert med samtykke		Plassert uten samtykke	
	n	%	n	%
Svært bra	70	19	37	23
Litt bra	47	12	25	15
Både/og	74	20	31	19
Litt vanskelig	50	13	23	14
Svært vanskelig	137	36	47	29
Total	378	100	163	100

Tabell 5 viser hvordan ungdommene opplevde å bli plassert i barneverninstitusjon for første gang. 49 % (13 + 36) av ungdommene opplevde dette som litt eller svært vanskelig, mens 31 % (19 + 12) opplevde det som svært eller litt bra. Ungdommene som var plassert uten samtykke opplevde det som vanskeligere enn ungdommer som var plassert med samtykke ($p < 0.003$). Det er interessant å merke seg at 25 % (15 + 10) av ungdommene som ble plassert uten samtykke opplevde at det var svært eller litt bra å bli plassert i barneverninstitusjon. Det var ingen kjønnsforskjeller.

Barneverninstitusjonene

All informasjon om institusjonene ble gitt av den enkelte institusjonsleder eller avdelingsleder. I og med at det er en stor forskjell i organisering og størrelse på de ulike barneverninstitusjonene, rapporterte institusjonslederne på avdelingsnivå der det var flere avdelinger. Av 161 avdelinger/institusjoner som deltok i studien var det 143 institusjonsledere som besvarte spørreskjema om objektive forhold ved institusjonene. Av avdelingene/institusjonene som besvarte spørreskjema er 40 % statlig eid, 38 % private - kommersielt eid og 20 % privat - ideelt eid og 2 % kommunalt eid. Det er altså en liten overvekt avdelinger/institusjoner som er privat eid med i studien. 92 % av avdelingene/institusjonene som deltok har et langtidstilbud, 30 % et korttidstilbud og 14 % et akutt tilbud.

Tabell 6. Oversikt over hvor avdelinger/institusjoner som deltok er lokalisert (N=161).

Regional fordeling	Antall deltagende avdelinger/institusjoner	Prosent, regional fordeling
Nord	22	14
Midt	20	12
Vest	33	21
Sør	28	17
Øst	58	36
Totalt	161	100

En geografisk fordeling av beliggenheten til avdelingene/institusjonene som deltok i studien er vist i Tabell 6.

Psykisk helse

Vi fant ingen forskjeller i forekomsten av psykiske lidelser mellom statlige, private ideelle og private kommersielle barneverninstitusjoner. Kun 18 % av barneverninstitusjonene hadde faste rutiner for besøk av helsepersonell i institusjonene. Når helsepersonell innhentes er årsaken primært psykiske problemer hos beboerne (72 %) eller somatiske problemer (21 %).

Rutiner

Når det gjelder rutiner i institusjonsverdagen oppga 91 % av lederne at det ble gjennomført regelmessige husmøter med både ansatte og beboere tilstede, og for 89 % av avdelingene/institusjonene ble dette gjort ukentlig. Både de ansatte og beboerne kunne foreslå tema for disse møtene. 79 % av avdelingene/institusjonene hadde rutiner for å avdekke rusbruk blant beboerne og 89 % hadde rutiner for å håndtere rusproblematikk. 45 % av institusjonslederne oppga at de evaluerte beboerne ved hjelp av skjema eller poengkort, og 29 % oppga at de hadde fasesystemer/faseprogram der beboerne gjennomgikk faser som innebefattet ulike rettigheter og plikter.

Tabell 7. viser hvorvidt lederne fra statlige og private institusjoner oppga at de har rutiner for kursing/opplæring av ansatte i barnevernloven eller i FNs barnekonvensjon. Kommunale institusjonsledere er ikke med.

Eierform	Har institusjonen rutiner som gir alle ansatte kursing/opplæring i sentrale deler av barnevernloven og forskrifter knyttet til barneverninstitusjoner?			Har institusjonen rutiner som gir alle ansatte kursing/opplæring i FNs barnekonvensjon?		
	Ja	Nei	% ja	Ja	Nei	% ja
Statlig	50	5	91	10	46	18
Privat, ideell	27	1	96	5	21	19
Privat, kommersiell	54	1	98	17	38	31

94 % av lederne oppga at de har rutiner som gir alle ansatte kursing/opplæring i sentrale deler av barnevernloven og forskrifter knyttet til barneverninstitusjoner, mens 23 % hadde tilsvarende rutiner for FNs barnekonvensjon. For å se hvordan rutiner for kursing/opplæring var fordelt mellom de ulike eierformene, se Tabell 7. De private, kommersielle institusjonene utmerket seg med å ha høyest prosentvis andel av kursing/opplæring både for barnevernloven og FNs barnekonvensjon, mens de statlig eide barneverninstitusjonene lå litt lavere enn de private. Forskjellene er ikke signifikante. De kommunale institusjonene er ikke med, da antallet kommunale institusjoner var så lavt at det vanskeliggjorde en sammenligning og ivaretagelse av anonymitet.

Fritidsaktiviteter og venner

Institusjonslederne rapporterte at det legges godt til rette for at ungdommene skal kunne drive med fritidsaktiviteter innenfor institusjonsområdet (84 %) og at det er enkelt for ungdommene og komme seg til og fra fritidsaktiviteter utenfor institusjonsområdet på egenhånd (83 %). Ungdommene kan delta på fritidsaktiviteter på alle ukedagene (98 %). 22 % av institusjonslederne oppga at minst halvparten eller nesten alle ungdommene vanligvis deltar i organiserte fritidsaktiviteter utenfor institusjonens område, mens 57 % av institusjonslederne oppga at ungdommene deltar i uorganiserte fritidsaktiviteter. Når det gjelder de uorganiserte aktivitetene fant vi en forskjell mellom private og statlig eide institusjoner ($p < 0.001$), der ungdommene i de statlig eide institusjonene deltok i færre fritidsaktiviteter enn i de private.

Tabell 8. Institusjonsledernes rapportering av hvor mange av ungdommene får nye venner i nærområdet og blant de andre beboerne.

	Hvor mange av ungdommene får vanligvis nye venner i nærområdet?		Hvor mange av ungdommene får vanligvis venner blant de andre beboerne?	
	(n)	%	(n)	%
Ingen/nesten ingen	37	25	17	12
Under halvparten	41	29	31	22
Over halvparten	45	32	48	34
Alle/nesten alle	19	14	44	32
Totalt	142	100	140	100

På spørsmål om hvor mange av ungdommene som vanligvis fikk nye venner i nærområdet, svarte 54 % (25 + 29) av institusjonslederne at nesten ingen eller under halvparten av ungdommene på deres avdeling/institusjon vanligvis fikk det (se Tabell 8). Derimot oppga lederne at 66 % (34 + 32) av ungdommene vanligvis fikk venner blant de andre beboerne. Det var ingen signifikante forskjeller mellom statlige og private institusjoner.

Diskusjon

I og med at barna gjennomsnittlig var over 12 år gamle da de flyttet hjemmefra for første gang, er det ikke uventet at vi finner at de fleste ved første flytting kom til en barneverninstitusjon. Dette bildet hadde kanskje sett annerledes ut hvis man hadde hatt en yngre målgruppe, da det er enklere å finne fosterhjem og beredskapshjem til yngre barn.

Når det gjelder antall bosteder utenfor hjemmet fant vi at 2/3 av ungdommene maksimalt hadde hatt tre bosteder etter at de flyttet hjemmefra etter vedtak fra barnevernet. Dette er det samme som Havik og Christiansen (2009) fant i sin studie, der gjennomsnittsalderen til ungdommene også var 16 ½ år. Når ca 35 % av ungdommene rapporterer at de kun har bodd i 1 institusjon, tyder det på at dette har vært planlagte flyttinger. Der flyttingene ikke er planlagte har ungdommene som regel vært innoen en akuttinstitusjon før de blir plassert i institusjoner med et mer langsiktig perspektiv. Det er likevel urovekkende at ca 1/3 av ungdommene har hatt mer enn 3 flyttinger. Stabilitet i institusjonsopphold er en forutsetning for at ungdommene skal danne gode relasjoner til voksne og andre ungdommer. Tidligere undersøkelser har funnet at gutter har større atferdsvansker enn jenter, og at atferdsvansker utgjør en risiko for sammenbrudd av plasseringer (Backe-Hansen, 2009). Man ville derfor tenke at gutter har mer ustabile plasseringsforløp enn jenter. Våre resultater viser derimot at jentene har et høyere antall bosteder utenfor hjemmet (etter vedtak fra barnevernet) enn det guttene har, og at dette var uavhengig av alder. Som resultatene i tabell 9 i kapittel 3.2 «Prevalens av psykiatriske lidelser hos unge i barneverninstitusjoner» viser, har jentene høyest forekomst av internaliserte lidelser, mens guttene har høyest forekomst av atferdsforstyrrelser. Man kunne spekulere i om atferdsforstyrrelser er mer synlige og derfor fører til tidligere tiltak, mens internaliserte vansker oppdages senere og man kommer senere inn med tiltak. Denne spekulasjonen blir svekket av at vi ikke finner noen kjønnsforskjell i alder for første flytting. Når man kun ser på gjennomsnittene, har jentene faktisk lavere alder for første flytting enn guttene. Resultatene kan reflektere at det har vært økt fokus på atferdsvansker generelt etter at det i 1997 ble nedsatt en ekspertgruppe for å jobbe med hvilke tilnærminger som skulle anbefales for å forebygge og behandle atferdsvansker hos barn og unge. Det er blitt tilgjengelig evidens- og hjemmebaserte metoder som retter seg mot regulering av atferd (PMTO, MST og De utrolige årene). Prinsippene fra disse metodene kan også fosterforeldre/institusjonsansatte lene seg på, noe som kan ha gjort disse vanskene lettere å håndtere. Det har derimot vært mindre fokus på internaliserte vansker i ungdomsårene, og kanskje reflekterer jentenes mange flyttinger mellom bosteder

at fosterforeldre/institusjonsansatte opplever det som ekstra utfordrende å håndtere jenter i ungdomsalderen med internaliserte vansker.

Når barn og unge plasseres utenfor hjemme kan det oppleves som en stor belastning, men samtidig kan det oppleves som en lettelse at man har kommet seg ut av en vanskelig livssituasjon. For nesten en tredjedel av ungdommene har det å bli plassert på en barneverninstitusjon vært en positiv opplevelse. Det er også interessant å merke seg at 25 % av ungdommene som blir plassert uten samtykke, rapporterer det å bli plassert i barneverninstitusjon som svært eller litt bra. Samtidig er det 55 % av de som plasseres uten samtykke som opplever det som vanskelig. Det er ikke overraskende at det er mer belastende for ungdommene å bli plassert uten samtykke. Resultatene våre viser at ungdommer som er plassert i barneverninstitusjon uten samtykke er yngre ved første plassering og har hatt flere flyttinger enn de som er plassert med samtykke.

Fritidsaktiviteter og venner er viktig når man tilstreber at ungdommene skal leve et så normalt liv som mulig mens de er plassert i barneverninstitusjon. Våre resultater viser at ungdommene som er plassert i barneverninstitusjon er mer aktive i uorganiserte enn organiserte fritidsaktiviteter. Når det gjelder å få venner finner ungdommene dette først og fremst blant de andre beboerne og ikke blant ungdommer utenfor institusjonen. Dette kan ha sammenheng med at institusjonsoppholdene ofte er av kort varighet og preget av midlertidighet og nye flyttinger, noe som vanskeliggjør å etablere gode og nære vennskap med skolekamerater eller andre man treffer gjennom fritidsinteresser. Vennskap er spesielt viktig for den psykologiske utviklingen i ungdomstiden, da intimitet, fellesskap og fortrolighet med venner er sentralt (del Valle, Bravo, & López, 2010). Det kan også reflektere at ungdommer i barneverninstitusjoner opplever at de er en stigmatisert gruppe, og derfor heller søker seg til ungdommer med samme livserfaringer som dem selv. Kanskje er det også dette som gjør at ungdommene heller velger uorganiserte fritidsaktiviteter, som gjerne er individuelle, enn organiserte fritidsaktiviteter, som gjerne er kollektive.

Barneverninstitusjonene som deltok i studien var jevnt fordelt over hele landet, selv om det var flest fra region Øst som deltok. Det var en liten overvekt av privat eide institusjoner, men vi fant få forskjeller på bakgrunn av eierform i forhold til psykisk helse, fritid, venner eller rutiner. Institusjonene har gode rutiner for opplæring av de ansatte og i forhold til å avdekke og håndtere rus, men har dårligere rutiner i forhold til å skaffe helsehjelp. Dette er bekymringsfullt tatt i betraktning den høye forekomsten av psykiatriske lidelser våre resultater viser.

3.2. PREVALENS AV PSYKIATRISKE LIDELSER HOS UNGE I BARNEVERNINSTITUSJONER

Thomas Jozefiak, Nanna S Kayed & Tormod Rimehaug

Innledningsvis er det viktig å presisere forskjellen mellom psykiske vansker/symptomer på den ene siden og psykiske lidelser på den andre. Psykiske vansker/symptomer kan enten kartlegges subjektivt ved å la ungdommen fylle ut et spørreskjema eller kartlegges «utenfra» for eksempel ved å la foresatte/ansatte svare på spørreskjemaer. Det er imidlertid stor forskjell på å ha psykiske vansker/symptomer og å oppfylle diagnosekriteriene for en psykisk lidelse. I kartlegging av psykiske lidelser er det standardiserte, kliniske intervju som inkluderer symptomenes start, lengde, frekvens og grad av funksjonsnedsettelse, som ligger til grunn for om man oppfyller kriteriene for en diagnose eller ikke. Av de 400 ungdommene som deltok i studien var det 323 ungdommer som hadde fullstendige barne- og ungdomspsykiatriske intervju (CAPA). Psykiske symptomer hos 141 ikke-deltakere ble oppgitt ved at hovedkontakten fylte ut et CBCL spørreskjema. Disse dataene ble brukt i en frafallanalyse.

Resultatene i dette kapitlet er også publisert internasjonalt. For de som ønsker mer informasjon, se Jozefiak et al. (2015).

Prevalens av minst én psykiatrisk lidelse i følge DSM-IV

76 % av ungdommene i barnevernsinstitusjoner fylte kriteriene for symptomer, start, varighet og funksjonsnedsettelse for minst én DSM-IV diagnose i løpet av de siste 3 månedene (se Tabell 9). Denne beregningen er basert på fullstendig tilgjengelige data ("complete case analysis") for 323 ungdommer. Det var ingen forskjeller mellom jenter og gutter i forhold til å ha minst en psykiatrisk diagnose. Den faktiske forekomsten ble videre bekreftet ved hjelp av en multiple imputeringsmetode (MI) som baserte seg på 400 deltakere og 141 ikke-deltakere i denne studien, dvs. totalt N=541. Som en kan se i Tabell 9 er det kun veldig små avvik mellom observerte (N=323-399) og estimerte prevalenstall (N=541) på alle diagnosekategorier. Hvis en ekskluderer diagnosen «reaktiv tilknytningsforstyrrelse» (RAD) for den observerte forekomsten av minst én diagnose reduseres denne bare fra 76 % til 74, 5 %.

Fordeling av DSM-IV forstyrrelser og komorbide tilstander

I følge Tabell 9 er den hyppigste diagnosen eller diagnostiske samlekategorien «Minst én depressiv lidelse (MDD, depressiv lidelse uspesifisert NOS, eller dystymi)» (37 %), fulgt av angstlidelser (34 %),

ADHD (32 %) og Aspergers syndrom (23 %). I gruppen for angstlidelser var det diagnosen «Generalisert angstlidelse» (21 %). «Alvorlig atferdsforstyrrelse (CD)» ble diagnostisert hos 19 % av ungdommene. «Reaktiv tilknytningsforstyrrelse» hadde en faktisk forekomst på 21 %. 79 % av ungdommene rapporterte tidligere potensielle traumatiske hendelser, og hos mange av disse konstaterte vi også unngåelsesreaksjoner. Allikevel fylte bare 0,6 % av ungdommene alle diagnosekriteriene for Post-traumatisk stresslidelse. Ingen av ungdommene hadde Anorexia nervosa eller Tourette syndrom.

Tabell 9. Faktisk og estimert 3-måneders prevalens av psykiatriske lidelser.

Psykiatriske lidelser	N	Faktisk prevalens % (N = 323-399)	Estimert ^f prevalens % (N = 541)
Aspergers syndrom	323	23,2	24,4
ADHD (CAPA)	382	13,4	–
ADHD (v/spesialist før CAPA)	399	24,8	–
ADHD total	399	32,3	33,1
Alvorlig atferdsforstyrrelse (CD)	335	19,1	17,9
Oppositionell atferdsforstyrrelse (ODD)	335	3,0	2,2
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse (RAD)	323	21,1	23,7
Stoffmisbruk (abuse)	335	11,9	12,0
Stoffavhengighet (dependence)	335	2,7	2,6
Alvorlig depressiv lidelse (MDD)	335	23,3	21,6
Dystymi	335	30,1	29,0
Bipolar lidelse	334	0,6	0,6
Minst én depressiv lidelse (MDD, depressiv lidelse uspesifisert NOS, eller dystymi)	335	37,0	–
Agorafobi uten panikkangst	333	12,6	12,9
Panikkangst uten agorafobi	333	3,9	3,5
Panikkangst med agorafobi	333	0,9	0,9
Spesifikkfobi	335	6,3	5,9
Sosial angst	335	12,5	13,7
Tvangslidelse (OCD)	335	3,6	3,1
Post-traumatisk stresslidelse (PTSD)	335	0,6	0,4
Generalisert angstlidelse (GAD)	335	20,9	20,7
Bulimi	335	0,9	0,7
Minst én angstlidelse	335	34,0	–
Minst én DSM IV-lidelse	323	76,2	76,0

Tabell 10. Komorbiditet mellom psykiatriske diagnosekategorier. Prevalens (%) og Odds ratio (O.R.) [95 CI], N = 323.

	Noen affektiv lidelse	Noen angstlidelse	ADHD	Noen atferdslidelse	Noen ruslidelse
Noen affektiv lidelse	-	59,8 % 5,6 [3,4-9,3]	35,2 % 1,3 [0,8,-2,1]	29,5 % 2,1 [1,2-3,7]	17,2 % 1,8 [0,9-3,4]
Noen angstlidelse	63,5 % 5,6 [3,4-9,3]	-	33,0 % 1,1 [0,7-1,8]	28,7 % 1,9 [1,1-3,3]	18,3 % 2,0 [1,0-3,8]
ADHD	40,2 % 1,3 [0,8-2,1]	37,3 % 1,1 [0,7-1,8]	-	29,4 % 1,9 [1,1-3,4]	15,7 % 1,4 [0,7-2,7]
Noen atferdslidelse	52,2 % 2,1 [1,2-3,7]	47,8 % 1,9 [1,1-3,3]	43,5 % 1,9 [1,1-3,4]	-	31,9 % 5,5 [2,8-10,8]
Noen ruslidelse	50,0 % 1,8 [0,9-3,4]	50,0 % 2,0 [1,0-3,8]	38,1 % 1,4 [0,7-2,7]	52,5 % 5,5 [2,8-10,8]	-

ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder, AS= Aspergers syndrom, RAD= Reaktiv tilknytningsforstyrrelse, CD = Alvorlig atferdsforstyrrelse, MDD = Alvorlig depresjon, GAD =Generalisert angstlidelse. O.R. i fet type = $p < 0,05$

Tabell 10 viser prevalens og odds ratios for en rekke komorbide diagnosegrupper. Odds ratio viser oddsforholdet for å tilhøre en psykiatrisk diagnosekategori versus ikke å tilhøre denne kategorien. For eksempel viser den første utfylte cellen i Tabell 10 at 60 % av de med noen form for affektiv lidelse også har noen form for angst lidelse. For de som fylte kriteriene for noen form for atferdslidelse fant vi at oddsene for å ha noen form for affektiv lidelse var 2,1, altså dobbelt så høy, mens oddsene for noen form for angstlidelse var 1,9. Som forventet hadde over halvparten av de som fyller kriteriene for en ruslidelse også noen form for atferdsforstyrrelse, mens det var overraskende at 50 % av de med ruslidelser også har en affektiv lidelse eller angstlidelse. En mer spesifikk analyse viste at 25,4 % av de med alvorlig atferdsforstyrrelse også hadde en komorbid RAD diagnose. Av alle med en Asperger diagnose hadde 17 % også en komorbid alvorlig atferdsforstyrrelses diagnose (se Tabell 10). Videre beregninger viser at 36 % av ungdommene vi har undersøkt har en atferdsforstyrrelse eller et rusproblem. Av disse hadde 72 % en komorbid diagnose som depresjon, angst, ADHD, en tilknytningsforstyrrelse eller Asperger syndrom.

Kjønn, alder og plassering med eller uten samtykke

Jenter hadde lavere odds (OR = 2,9) for en DSM-IV Alvorlig atferdsvansker (CD) diagnose enn gutter, men over tre ganger høyere odds for å lide av minst én depressiv tilstand (OR = 0,3 for gutter versus jenter). Jenter hadde også 2,5 høyere odds for sosial angst og 5 ganger høyere odds for å lide av dystymi (OR = henholdsvis 0,4 og 0,2). Vi observerte ingen

signifikante forskjeller med hensyn til ungdommenes alder og diagnoser. Ungdom som var plassert i barneverninstitusjon uten samtykke hadde 3,4 ganger høyere odds for å ha en alvorlig atferdsforstyrrelses diagnose (CD) enn ungdom som var plassert med samtykke. Ungdommer plassert uten samtykke hadde også dobbelt så høye odds for å lide av minste én angstlidelse og å få minst én DSM-IV diagnose generelt.

Diskusjon

Det mest iøynefallende resultatet i denne studien var at så mange som 76 % av ungdommene fikk diagnostisert minst én psykiatrisk lidelse i løpet av de siste 3 månedene som førte til funksjonsnedsettelse. Komorbiditeten (det å ha flere lidelser samtidig) var vanlig. Generelt fant vi høyere forekomst av depressive lidelser og angstlidelser enn av atferdslidelser. Spesielt overraskende var den høye komorbiditeten mellom såkalte internaliserende lidelser (angst og depresjon) og atferdslidelser. Å være plassert ufrivillig på institusjon var assosiert med 3 ganger høyere odds for en alvorlig atferdslidelse og med dobbelt så høye odds for en angstdiagnose og en DSM-IV diagnose generelt.

Totalforekomsten av psykiatriske lidelser

Vår prevalens på 76 % nært opp til prevalensen på 71 % som Ford og kolleger (2007) fant i Storbritannia (71 %), som er en av de to eksisterende internasjonale studiene med færrest metodologiske begrensninger. Den andre undersøkelsen av Keller et al. (2010) rapporterte ikke en totalprevalens for minst én DSM-IV diagnose. Vår studie er også den eneste som rapporterer forekomsttall av «Reaktiv tilknytningsforstyrrelse». Hvis en korrigerer ved å ta ut RAD diagnosen fra samlet prevalens, er forekomsten for minst én psykiatrisk lidelse 74,5 %, dvs. fremdeles noe høyere enn i den britiske studien. Som nevnt tidligere er det ikke helt uproblematisk å sammenligne prevalenstall på forekomst av psykiske lidelser i barnevernsinstitusjoner på tvers av landegrensner, grunnet forskjeller i kultur, lovgivning, barnevernsystemet etc. Det beste hadde

derfor vært å kunne sammenligne våre funn med norske forekomsttall i den generelle ungdomsbefolkningen. Slike store epidemiologiske undersøkelser for ungdom, og som bruker den samme stringente diagnostiske metodologien som vi gjorde, er dessverre ennå ikke gjennomført. Et tilfeldig utvalg av 75 ungdom i 20-årsalderen som ble brukt som kontrollgruppe i en norsk studie om prematuritet (Lund, Vik, Skranes, Brubakk, & Indredavik, 2011) ble undersøkt med et sammenlignbart psykiatrisk intervju (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age children, Present and Lifetime version (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997). Denne studien rapporterte en total prevalens av DSM-IV psykiatiske lidelser på 8 %. En stor representative epidemiologisk undersøkelse av norske førskolebarn som brukte førskoleutgaven av CAPA intervjuet (PAPA) fant en total prevalens på 7 % (Wichstrøm et al., 2012). I forhold til disse to nevnte norske forekomsttall er vår total prevalens for psykiatiske lidelser hos ungdom i barnevernsinstitusjoner ca. 10 ganger høyere.

Prevalens av spesifikke psykiatiske lidelser

Forekomsten på alvorlig depresjon (Major Depresjon) på 23 % i vår studie var mer enn dobbelt så høy som de 10,5 % som er rapportert i den nordamerikanske Keller studien (2010). I den britiske studien fant Ford et al. (2007) at 19 % av ungdommene i barnevernsinstitusjoner hadde en emosjonell lidelse, mens våre resultater ligger langt høyere i og med at 37 % fylte minst én av diagnosene alvorlig depresjon (MDD), depresjon ikke spesifisert annet sted (NOS) eller dystymi. Hele 34 % av ungdommene fikk en angstdiagnose i vår studie. I motsetning til de britiske tall for ADHD (10 %), fant vi en høyere forekomst av ADHD (32 %). Den britiske studien fant derimot langt høyere forekomsttall for alvorlige atferdsforstyrrelser (CD), helt opp i 61 %, tre ganger så høy forekomst enn i vår studie (19 %). Dette betyr at selv om både våre og Ford et al. (2007) sine funn på totalprevalensen for minst én psykiatrisk lidelse ligger i nærheten av hverandre, er sammensetningen av hvilke typer lidelser det dreier seg om veldig forskjellig.

Keller og kolleger (2010) fant en forekomst på 15 % av post-traumatisk stress lidelse (PTSD) i USA. I lys av vår høye prevalens av potensiell traumatiske hendelser var vi overrasket at bare to ungdommer (0,6 %) fylte diagnosen PTSD i vår studie. Vi kan dessverre bare spekulere i årsakene til en slik stor forskjell. Bruken av forskjellige psykiatiske intervjuer, ulik alderssammensetning (ungdommene i Keller studien var 17 år og eldre) og forskjeller i plasseringspraksis i USA og Norge kan være noen av forklaringsmomentene. Siden vi finner i vår undersøkelse at ungdommene også rapporterte «unngåelsesreaksjoner» i forbindelse med de opplevde potensiell traumatiske livshendelsene, kan dette tyde på at ungdommene er «traumatiserte» men at deres traumer gir seg uttrykk i form av andre

psykiatiske lidelser enn PTSD, slik som andre angsttilstander og depresjon. For å utforske traumatiske hendelser ungdommene rapporterer er det igangsett en egen PhD der det blir nærmere på type og antall traumer og psykiske lidelser (cand.med. Hanne K Greger, finansiert av Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, St. Olavs hospital).

Diagnosen «Reaktiv tilknytningsforstyrrelse (RAD)» blir vanligvis diagnostisert i førskolebarn og er derfor ikke inkludert i de fleste standardiserte psykiatiske intervjuene for ungdom. Likevel kan man forvente at ungdom i barnevernsystemet har opplevd alvorlig psykososiale belastninger og mishandling som resulterer i RAD lidelsen også i ungdomsalderen. Vår modifiserte versjon av PAPA spørsmål viste en høy forekomst av RAD diagnosen på 21 %. En nylig publisert norsk studie av fosterhjemsbarn i alderen 6-12 år rapporterte en prevalens på 19 % (Lehmann et al., 2013). Våre metodiske tilpasninger av DSM-IV kriteriene har ennå ikke blitt empirisk validert, og derfor bør konklusjoner angående vår funn m.h.t. diagnosen «Reaktiv tilknytningsforstyrrelse» bli fortolket med forsiktighet. Likevel indikerer de at RAD ikke forsvinner etter førskolealderen og er dermed i overenstemmelse med konklusjonene til Lehmann og kolleger (2013). Det er et stort behov for videre forskning for å øke validiteten og reliabiliteten av RAD diagnosen, også i ungdomsalderen. Mer kunnskap om hvordan RAD kommer til uttrykk i ungdomstiden er sterkt etterlengtet. Problemstillingen blir nærmere undersøkt i et eget PhD arbeid, der man blant annet vil se på hvordan RAD problematikk henger sammen med andre vansker som selvbilde, sosial kompetanse, skole og kognitiv fungering (cand.med. Astrid R. Seim, finansiert med Regionale forskningsmidler fra Helse-Midt).

Høy komorbiditet mellom depresjon og angst er kjent i barne- og ungdomspsykiatrien (Seligman & Ollendick, 1998), så disse resultatene i vår studie er ikke overraskende. Derimot er det svært bekymringsfylt at vi fant så høy komorbiditet mellom atferdsforstyrrelser og internaliserende lidelser som angst/depresjon. Dette bør ha konsekvenser for utforming og drift av norsk barnevernsektor i fremtiden. Dette vil bli diskutert nærmere i sluttdiskusjonen i rapporteten. Våre funn med hensyn til jentenes økte forekomst av angst og depresjon i forhold til gutter, og gutters høye forekomst av atferdsforstyrrelser i forhold til jenter, er i overenstemmelse med etablert epidemiologisk kunnskap (Cole et al., 2002; Rutter, 2005; Van Oort, Greaves-Lord, Verhulst, Ormel, & Huizink, 2009; Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008), mens våre funn med hensyn til ufrivillig plassering er nye. At denne gruppen også har dobbel odds for å lide av angst er bekymringsfylt og bør ha konsekvenser for gjeldende praksis i barnevernet.

3.3. HJELP OG HJELPEBEHOV

Lars Wichstrøm

Bruk av helsetjenester

Ungdommene i studien ble intervjuet om deres bruk av helsetjenester for mentale helseproblemer, inkludert rusbruk og atferdsvansker ved hjelp av den norske utgaven av Child and Adolescent Service Assessment (CASA)(Angold et al., 1998). De ble bedt om å oppgi om de noen gang hadde mottatt slik hjelp og om de hadde mottatt dette de siste 3 månedene, dvs. for samme periode som diagnosene ble vurdert ut fra. I Tabell 11 vises det hvor stor prosentandel som hadde brukt en serie med hjelpekanaler. Disse er delt inn i: psykiatri («2. og 3. linje», dvs. innleggelse eller poliklinisk tilbud i spesialisthelsetjenesten, samt å ha gått til privatpraktiserende psykolog eller psykiater), medisinsk hjelp, kommunale tiltak inklusive barnevernstiltak, pedagogiske tiltak og uformell hjelp. Det ble videre regnet ut om den unge hadde mottatt noen form for formell hjelp, og om vedkommende hadde mottatt noen hjelp over hodet.

Tabell 11. Andel (prosent) som har mottatt hjelp for psykiske vansker, noen gang og siste 3 måneder. Inndelingene er ikke gjensidig utelukkende.

Type tjeste	Noen gang	Siste 3 måneder
Psykiatri – 2. og 3. linje		
Psykiatrisk sykehus (innleggelse)	27,7	2,7
Psykiatrisk eller barnepsykiatrisk klinikk (innleggelse)	11,3	3,0
Bo- og behandlingssenter/kollektiv	3,2	1,1
Avrusningsenhet for stoff eller alkohol	10,6	4,5
Dagbehandling	3,2	1,1
Poliklinisk behandling for narkotika/ alkohol	4,5	1,9
Psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom eller voksne	78,3	25,1
Private behandlingstilbud	12,7	8,1
Noen psykiatri – 2. og 3. linje	86,5	37,8
Medisinsk hjelp		
Helsesøster på skolen	19,0	3,2
Fastlege/annen lege	20,4	6,2
Akuttmottak på sykehus	10,4	3,8
Innlagt somatisk sykehus	15,8	1,6
Noen medisinsk hjelp	44,2	10,8
Kommunal hjelp, barnevern o.l.		
Ungdomshjem/spesialskole/fengsel	7,5	2,7
Gruppebolig/akuttmottak i barnevernet	44,9	1,6
Sosialtjenesten	14,6	5,7
Forsterket (terapeutisk) fosterhjem	8,3	0,0
Kommunalt helsesenter	8,9	2,9

Fortsettelse på Tabell 11

Type tjeste	Noen gang	Siste 3 måneder
Krisesenter	5,3	0,0
Rådgivning/kriseintervensjon hjemme	9,1	0,3
Noen kommunal hjelp, barnevern o.l.	64,6	11,6
Pedagogiske tiltak		
Skolerådgiver eller PPT	40,8	7,9
Spesialundervisning for atferds- eller emosjonelle vansker	31,4	13,9
Spesialundervisning for lærevansker	34,8	13,5
Lærer på skolen	11,1	3,4
Internatskole	1,6	0,3
Privatundervisning	3,2	0,9
Noen pedagogiske tiltak	69,6	26,7
Uformell/uorganisert hjelp		
Religiøs rådgiver	1,1	0,5
Alternativ terapeut/v healer	2,2	0,8
Krisetelefon	6,0	1,1
Selvhjelpsgruppe	2,2	0,5
Støttegrupper på internett	2,8	1,7
Hjelp fra slektninger	27,4	13,3
Annen ikke-profesjonell voksen hjelp	13,8	7,0
Hjelp fra venner	37,7	22,5
Noen uformell/uorganisert hjelp	54,5	32,3
Noen formell hjelp	97,6	60,6
Noen hjelp	98,1	72,8

Som vi kan se av Tabell 11 hadde de aller fleste mottatt noen form for tilbud fra psykiatrien i løpet av livet, og litt over 1/3 hadde mottatt slik hjelp siste 3 måneder. I det alt overveiende bestod denne hjelpen av tilbud fra Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Hver fjerde ungdom hadde vært innlagt i psykiatrien. Det må bemerkes at innleggelse er et sjeldent tiltak i barne- og ungdomspsykiatrien som bare blir gjort for de aller sykeste, der hjemmet ikke er i stand til å ta vare på ungdommen, eller der den unge kan være til skade for seg selv eller andre. Medisinsk hjelp var sjeldnere, og her dominerte hjelp fra fastlege og fra helsesøster. En del hadde vært innlagt på somatisk sykehus for sine psykiske vansker. Vi vet ikke bakgrunnen for dette, men det er nærliggende å tro at dette skyldes enten selvskadning eller akuttbehandling på grunn av ruspåvirkning (eksempelvis pumping).

Hjelp fra kommunale instanser og barnevern hadde vært utbredt tidligere i livet, men det var få som mottok dette nå. Likeledes hadde 2/3 mottatt pedagogiske tilbud gjennom spesielle opplegg og/eller hjelp fra PP-tjenesten, mens 1/4 mottok slik hjelp nå. Om lag halvparten hadde mottatt hjelp utenom det profesjonelle hjelpeapparatet, primært fra venner og familie. Samlet sett hadde nesten alle mottatt noen form for hjelp for mentale helseplager, og 3/4 mottok en eller annen form for slik hjelp nå.

Tabell 12. Andel (prosent) som har mottatt hjelp for psykiske vansker siste 3 måneder etter kjønn og alder.

Type tjeste	Kjønn			Alder		
	Gutt	Jente	X ²	16 år eller yngre	17 år eller eldre	X ²
Psykiatri – 2. og 3. linje	26,1	46,4	14,21***	34,5	41,4	1,67
Medisinsk hjelp	6,5	13,3	3,93	10,3	10,7	0,01
Kommunal hjelp, barnevern o.l.	8,7	14,8	2,80	11,5	13,0	0,18
Pedagogiske tiltak	29,7	24,5	1,13	34,5	18,9	10,41***
Uformell/uorganisert hjelp	26,8	36,7	3,63	31,5	33,7	0,19
Noen formell hjelp	53,6	65,8	5,05*	65,5	56,2	2,99
Noen hjelp	66,7	77,0	4,40*	75,2	70,4	0,95

Merk: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Som det fremgår av Tabell 12 var det nesten dobbelt så mange jenter som gutter som hadde fått hjelp for psykiske vansker de siste 3 månedene, til tross for at gutter på barnevernsinstitusjon like ofte har en psykisk lidelse som jenter. Det var ingen aldersforskjeller i å få hjelp, bortsett fra pedagogisk hjelp, noe som antageligvis skyldes at en del eldre ungdommer ikke lenger var på skolen, og at slik hjelp derfor ikke var aktuell.

Sammenheng mellom diagnose og hjelp

Tabell 13. Sammenheng mellom nåværende mentale helseplager og nåværende hjelp for mentale helseplager (siste 3 måneder).

Type mental helseplage	% som har mottatt hjelp for lidelsen	Odds ratio	Konfidensintervall (95%)	
			Nedre	Øvre
Psykiatri – 2. og 3. linje				
Atferdsvansker (ODD eller CD)*	48,8	1,81*	1,11	2,94
ADHD	37,2	0,92	0,48	1,79
Angst	48,3	2,44***	1,58	3,77
Depresjon	49,6	2,20***	1,43	3,38
Asperger	50,7	1,89*	1,12	3,19
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse	55,9	2,43***	1,41	4,19
Noen diagnose	43,6	2,83***	1,59	5,05
Medisinsk hjelp				
Atferdsvansker (ODD eller CD)*	15,1	1,68	0,83	8,22
ADHD	11,6	1,09	0,40	2,99
Angst	20,1	4,14***	2,09	10,15
Depresjon	20,9	4,99***	2,45	10,14
Asperger	18,9	2,47*	1,19	5,14
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse	14,9	1,58	0,72	3,47
Noen diagnose	12,8	3,96**	1,18	13,30
Kommunal hjelp, barnevern o.l.				
Atferdsvansker (ODD eller CD)	15,1	1,50	0,75	3,01
ADHD	4,7	0,31	0,07	1,33
Angst	11,2	0,94	0,48	1,81
Depresjon	13,7	1,36	0,72	2,56
Asperger	24,0	3,23***	1,83	6,44
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse	17,6	1,73	0,83	3,61
Noen diagnose	13,6	1,73	0,74	4,07

Fortsettelse på Tabell 13

Type mental helseplage	% som har mottatt hjelp for lidelsen	Odds ratio	Konfidensintervall (95%)	
Pedagogiske tiltak				
Atferdsvansker (ODD eller CD)	27,9	1,08	0,63	1,85
ADHD	34,9	1,60	0,81	3,17
Angst	30,6	1,35	0,85	2,15
Depresjon	28,1	1,11	0,70	1,78
Asperger	34,7	1,69	0,97	2,96
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse	39,7	2,22**	1,26	3,92
Noen diagnose	29,2	1,75	0,95	3,22
Uformell/uorganisert hjelp				
Atferdsvansker (ODD eller CD)	29,1	0,82	0,49	1,39
ADHD	32,6	0,95	0,49	1,84
Angst	33,6	1,10	0,70	1,72
Depresjon	28,8	0,77	0,49	1,22
Asperger	32,0	0,92	0,53	1,59
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse	29,4	0,79	0,44	1,41
Noen diagnose	32,0	0,89	0,53	1,51
Noen formell hjelp				
Atferdsvansker (ODD eller CD)	69,8	1,68*	1,00	2,81
ADHD	60,5	0,95	0,49	1,84
Angst	70,1	1,90**	1,21	2,97
Depresjon	72,7	2,31***	1,47	3,62
Asperger	77,3	2,61***	1,44	4,73
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse	72,1	1,82*	1,01	3,26
Noen diagnose	66,8	2,68***	1,62	4,45
Noen hjelp				
Atferdsvansker (ODD eller CD)	79,1	1,55	0,87	2,76
ADHD	69,8	0,80	0,40	1,62
Angst	77,6	1,48	0,91	2,42
Depresjon	81,3	2,07**	1,47	3,43
Asperger	82,7	1,96*	1,02	3,79
Reaktiv tilknytningsforstyrrelse	82,4	1,88	0,95	3,72
Noen diagnose	76,8	2,14**	1,26	3,63

Merk: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabell 13 gir svar på i hvilken grad ungdommene i barnevernsinstitusjon i Norge som har en mental helseplage i form av en diagnostiserbar psykisk lidelse mottar hjelp for disse plagene, og viser også hvilken type hjelpeinstans som er forbundet med hvilken type lidelse. O.R. står for odds ratio, dvs. oddsforholdet for å motta hjelp versus å ikke motta hjelp avhengig av om man har en spesifikk lidelse eller ikke. En O.R. på 2, innebærer at oddsforholdet er dobbelt så stort (grovt regnet betyr det at sannsynligheten er doblet, dvs. økt med 100 %). Tabellen viser at det å ha en diagnose øker sannsynligheten for å motta hjelp fra psykiatrien og i en viss grad annen formell hjelp. Psykiske vansker øker ikke sjansen for å få uformell hjelp for disse i

denne gruppen av unge. Grovt sett er sannsynligheten for å motta formell hjelp litt over dobbelt så stor hvis man har en diagnose enn hvis man ikke har det. Allikevel er det bare litt under 50 % av de med de vanligste lidelsene (angst, depresjon, atferdsvansker) som for tiden mottar hjelp fra BUP, men med de kommunale tiltakene og med tiltak på skolen mottar de fleste med en diagnose (2/3) noen form for hjelp. Det er ingen diagnose som peker seg særlig ut, bortsett fra ADHD, som ikke øker sjansen for å få hjelp. En må merke seg at diagnostiseringen av ADHD tar utgangspunkt i de vanskene hovedkontakt rapporterer. I de tilfellene hvor brukeren får medisiner for ADHD vil symptomene være dempet og vedkommende har stor sannsynlighet for å ikke oppfylle kriteriene for ADHD, men ville fått diagnosen dersom medisinene ble seponert. Siden de som

bruker medisiner får disse gjennom kontakt med helsevesenet vil det følgelig være en større andel som får hjelp for sin ADHD enn det som fremkommer av tabellen over. Allikevel er det slik at de unge som på undersøkelsestidspunktet oppfyller kriteriene for ADHD, som kanskje er udiagnostisert, i beskjeden grad får hjelp.

Som vist i Tabell 10 i kapittel 3.2 «Prevalens av psykiatriske lidelser hos unge i barneverninstitusjoner» er komorbiditeten (samsykelighet) ventelig høy mellom de ulike lidelsene. Eksempelvis hadde 77,9 % av de med atferdsforstyrrelser også en følelsesmessig lidelse. På grunn av denne komorbiditet er det ikke lett å lese ut av tabell 13 om det er de følelsesmessige eller atferdsmessige vanskene som henger sammen med helsetjenestebruk, eller om begge er viktige. Vi har derfor justert effekten av de ulike lidelsene for hverandre i en såkalt multivariabel-modell (logistisk regresjon). Denne viste at det var fire forhold som predikerte hvorvidt man hadde mottatt hjelp fra psykiatrien:

- å være jente (Justert O.R. = 2,48, 95%: 1,50-4,11, $p < .001$)
- å ha atferdsvansker (Justert O.R. = 1,76, 95%: 1,00-3,11, $p = .05$)
- å ha angstlidelse (Justert O.R. = 1,94, 95%: 1,18-3,20, $p = .01$)
- å ha Aspergers syndrom (Justert O.R. = 1,86, 95%: 1,06-3,26, $p = .03$)

Merk at alle disse effektene er justert for hverandre. Dette innebærer at jenter får oftere hjelp, uansett hvilke eller hvor mange vansker de har, samt at desto flere av disse lidelsene man har, desto mere øker sjansen for å få hjelp.

Diskusjon

Studier av den generelle befolkningen peker på at de aller fleste barn og unge med en diagnostiserbar lidelse ikke mottar hjelp. Siden akkurat hvor mange som ikke mottar noe tilbud for sine behov varierer sterkt mellom undersøkelser og mellom land, og det foreløpig ikke er utført noen undersøkelser i Norge, vet vi lite om hvor stor andel dette dreier seg om. En undersøkelse viste at kun 25 % av 1. klassinger med en lidelse hadde mottatt hjelp (Wichstrøm et al., 2014). Henvisninger til BUP øker etter denne alderen (Pedersen, 2009) og man må derfor anta at andelen er en del høyere hos ungdom. I vår undersøkelse mottok 1/3 av unge med en psykiatrisk lidelse innen 3 siste måneder hjelp for denne. Dette er kanskje på nivå med hva man vil forvente blant ungdom i befolkningen generelt. Selv om andelen ungdommer som har mottatt hjelp for en psykiatriske lidelse er høyere enn

det man har funnet i andre land (Sainero et al., 2014), er det overraskende at disse ungdommene som er i profesjonelle hjelpere og omsorgsyteres konstante lys ikke får hjelp oftere for sine vansker, og antageligvis omtrent like ofte som ungdom i den generelle befolkning.

Resultatene våre viser at det nesten er dobbelt så mange jenter som gutter som har fått hjelp for psykiske vansker de siste 3 månedene, til tross for at gutter på barnevernsinstitusjon like ofte har en psykisk lidelse som jenter. Det samme mønsteret er funnet i BUP, der jenter i alderen 13-18 år litt oftere får hjelp enn gutter, men forholdstallet er bare 1,1, dvs. 10 % flere jenter. Disse resultatene er i motsetning til spansk forskning som viser at blant ungdom i barnevernsinstitusjon fikk gutter oftere psykiatrisk hjelp enn jenter (Sainero et al., 2014), og et tilsvarende mønster i den generelle befolkning (Wichstrøm et al., 2014; Zwaanswijk et al., 2005). At jenter i barnevernsinstitusjon nesten dobbelt så ofte får hjelp fra psykiatrien som gutter kan ikke godt forklares ut fra de dataene vi har. Det skyldes ikke at jenter har større behov for helsehjelp enn gutter, eller at de har andre vansker enn det gutter har. Uansett årsak, peker disse resultatene på at systemet rundt ungdommene må være spesielt oppmerksomme på gutters psykiske vansker og dermed sannsynligvis udekkede behov for hjelp.

I den generelle barne- og ungdomsbefolkningen er ADHD den viktigste enkeltgrunnen til henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien. Hos ungdom på barnevernsinstitusjon medfører derimot ikke det å oppfylle diagnosekriteriene på ADHD noen økt sjanse for hjelp i psykiatrien. En skal også merke seg at kun 1/3 av de med ADHD hadde mottatt spesielle pedagogiske tiltak. Det er derfor grunn til å spørre seg om ADHD for sjeldent blir oppdaget blant disse unge, eventuelt på grunn av at urolighet eller konsentrasjonsvansker blir forklart ut fra deres vanskelige situasjon og mange komorbide lidelser. Tilknytningsvansker og angst kan eksempelvis ytre seg som konsentrasjonsvansker og uro, men det utelukker ikke at den unge også samtidig kan ha ADHD. Slike forhold er ikke lett å avdekke for legfolk. Det er derfor grunn til å spørre seg om en bredere kartlegging av mentale helplager burde settes i system ovenfor denne høyst utsatte gruppen, også tatt i betraktning at de fleste av disse unge faktisk har en psykisk lidelse. På den måten kunne man økt muligheten for at de fikk den hjelpen de trengte.

3.4. LIVSKVALITET HOS UNGE I BARNEVERNINSTITUSJONER

Thomas Jozefiak & Nanna S Kayed

Problemstillingen i studien som går på livskvalitet hos unge i barneverninstitusjon er fremdeles under vurdering i et internasjonalt tidsskrift og resultatene er ennå ikke publisert. Vi begrenser oss derfor her til å referere kort noen av funnene i en meget generell form, og peker deretter på noen av utfordringene som disse representerer for barnevernet. For mer detaljerte resultater, samt informasjon om samplene, metoder og relevant referanselitteratur henviser vi til den endelige publikasjonen som vil være tilgjengelige under begge forfatterens navn i løpet av 2015.

Vår sammenligning mellom livskvaliteten hos ungdommer i barnevernsinstitusjon med ungdommer i barne- og ungdomspsykiatrien og elever i den generelle befolkningen viste blant annet følgende resultater:

- Ungdommer i barneverninstitusjoner rapporterer dårligere fysisk helse enn ungdommer i BUP og i den generelle befolkningen. Hovedkontakten rapporterer også dårligere fysisk helse på vegne av ungdommen enn hos elever i den generelle befolkningen.
- Ungdommene i barneverninstitusjoner rapporterte lavere selvtillit enn i befolkningen generelt. Hovedkontaktene rapporterte at ungdommene hadde lavere selvtillit enn hva foreldrene i BUP og foreldre generelt rapporterte.
- Ungdommene i barneverninstitusjoner hadde dårligere opplevelser av vennskap enn befolkningen generelt. Hovedkontaktene rapporterte at ungdommene hadde dårligere opplevelser med venner enn både foreldrene i BUP og foreldre generelt rapporterte.

Diskusjon

Årsaken til den selv-rapporterte lavere fysiske helsen kan henge sammen med at ungdommene i barneverninstitusjoner har livserfaringer (omsorgssvikt, mishandling og traumer) som BUP barna og den generelle befolkningen ikke har i samme grad. Forskning har vist (Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2007) at langtidseffektene av å vokse opp med mishandling er forbundet med økt forekomst av senere alvorlige helsemessige komplikasjoner som type II diabetes og hjerte- og karsykdommer. Denne forskningen bekrefter på nytt at en ikke må trekke et kunstig skille mellom fysisk og psykisk helse. Den rapporterte dårlige fysiske helsen hos ungdommer i barnevern-institusjoner vekker derfor bekymring,

og en kan reise spørsmålet om barnevernet og helsevesenet per i dag samarbeider godt nok for å ta vare på denne gruppens behov for helsehjelp.

Lav selvtillit predikerer senere psykiske vansker. Det er derfor bekymringsfylt at ungdommer i barnevernsinstitusjoner rapporterer lav selvtillit. Ansatte i barneverninstitusjonene har derfor en viktig oppgave i å bygge ungdommenes selvtillit, når foreldrene av ulike grunner ikke kan utføre denne viktige oppdragelsesoppgaven.

Venner er spesielt viktig for den psykologiske utviklingen i ungdomstiden, da intimitet, fellesskap og fortrolighet med venner er sentralt (Collins & Laursen, 2004). Det er derfor spesielt bekymringsfylt at ungdommer i barnevernsinstitusjoner rapporterer en dårligere opplevelse av vennskap enn befolkningen generelt. Institusjonslederne oppgir også at 55 % av ungdommene sjelden får seg venner utenfor institusjonen. Dette kan ha mange ulike psykososiale årsaker i ungdommens eget liv, men slik som barnevernet er organisert per i dag bidrar systemet ikke til å etablere gode vennerelasjoner. Vi fant at ungdommene har gjennomsnittlig hatt ca. 3 flyttinger (rapportert fra 1 og opp til 25 bosteder) i barnevernets regi etter at de ble flyttet hjemmefra. En slik flyttepraksis i offentlig regi vanskeliggjør opprettholdelse av vennskap. I fremtiden representerer derfor en endring av slik praksis i plasseringsforløpet i retning av mer stabilitet av vennerelasjoner en viktig utfordring.

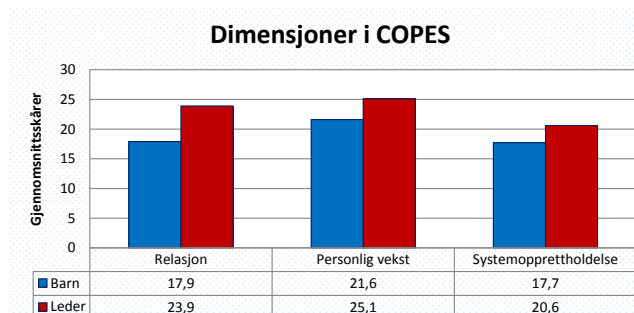
3.5. COPES - INSTITUSJONENES SOSIALE MILJØ

Torill Tjelflaat & Tormod Rimehaug

Et godt institusjonsmiljø består av ulike komponenter som hver for seg og sammen skal danne et velfungerende system i tråd med faglige og politiske målsettinger. De 10 subskalaene fordelt på 3 dimensjoner på COPES er ment å fange opp slike institusjonelle komponenter. Relasjonen er en sentral komponent i så henseende, og er i COPES beskrevet i form av opplevelse av trygghet og tillit, samtidig som framtidig utflytting og mestring av et liv utenfor institusjonene aktivt forberedes. Mange barn i institusjoner har manglet gode og stabile omsorgspersoner i hele eller deler av livet. De bringer med seg traumatiske opplevelser fra barndommen i form av mishandling, vanskjøtsel og seksuelle overgrep, opplevelser av tilknytningsbrudd, og mange flyttinger. Dette gir svakere forutsetninger for tillit til voksne og fare for å miste venner og å ha dårlig selvbilde. Dette er et vanskelig utgangspunkt for å ha nytte av institusjonsopphold og for å etablere en ny tilværelse etterpå.

COPES kan være et nyttig redskap for å kartlegge både beboernes og personalets opplevelse av institusjonsmiljøet. COPES skjemaet ble utfyllt av 397 ungdommer og 142 ledere eller avdelingsledere. Dess høyere skåren er, dess bedre vurderer informantene det sosiale miljøet. Dimensjonen «Personlig vekst» består av fire subskalaer, mens de to andre har tre subskalaer, slik at dimensjons-skårene ikke kan sammenliknes direkte. Direkte vurdert ble det gjennomgående rapportert mer positiv opplevelse av miljøet fra de voksne enn fra ungdommene for alle de 3 dimensjonene, i størst grad for opplevelsen av relasjoner, minst for dimensjonen «Systemoppretholdelse». Dette er konklusjonen også ut fra å sammenlikne med svenske normer (Brunt & Hansson, 2002).

Figur 2. En sammenlikning av gjennomsnittsskåre mellom ungdom ($N=397$) og ledere ($n=142$) for COPES dimensjonene «Relasjon», «Personlig vekst» og «Systemoppretholdelse».

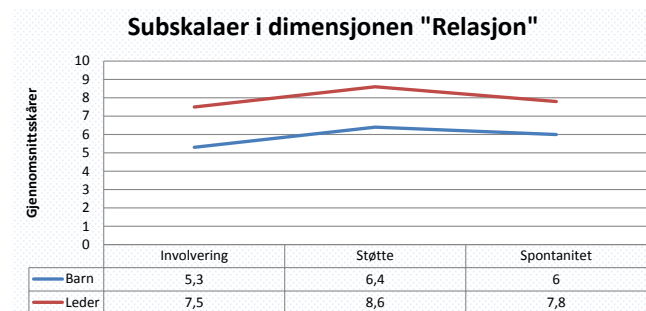


Forskjellene var signifikante på alle tre dimensjonene ($p < .005$ for ledere og $p < .001$ for ungdom).

Sammenliknet med svenske normer var ungdommenes skåre på middels nivå på alle tre dimensjonene, mens ledernes skåre var på høyeste nivå på 1) «Relasjon» og 3) «Systemoppretholdelse» og middels for 2) «Personlig vekst». Både direkte vurdert og sammenliknet med svenske normer opplevde altså ledere en mer positiv forståelse av institusjonens miljø enn ungdommene. Hovedkonklusjonen bekreftes for de fleste subskalaene med unntak av «Toleranse for sinne/aggresjon» og «Ansattes kontroll».

For å se på i hvilken grad de ulike subskalaene påvirket de respektive dimensjonene, ble analysen oppdelt i de enkelte dimensjonene. I Figur 2, 3 og 4 ble ungdommene sammenliknet med og ledere på subskalaene som inngår i dimensjonene «Relasjon», «Personlig vekst» og «Systemoppretholdelse».

Figur 3. En sammenlikning av gjennomsnittsskåre mellom ungdom ($N=397$) og ledere ($N=142$) for subskalaene i dimensjonen «Relasjon» i COPES.

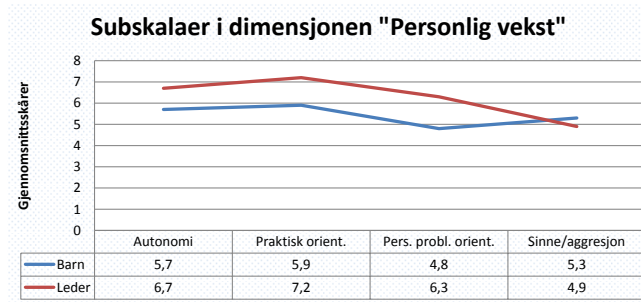


Forskjellene var signifikante på alle tre subskalaer.

«Involvering» måler hvor aktive beboerne er i institusjonen, det vil si om de bruker mye energi i hva de gjør, og prøver å forbedre institusjonen. «Støtte» måler i hvilken grad beboerne blir oppmuntret og støttet av ansatte og andre beboere, og om velfungerende beboere tar seg av de som fungerer dårligere. «Spontanitet» måler i hvilken grad institusjonen oppmuntrer beboerne til å være åpne og utrykke sine følelser, og hvorvidt beboerne opplever at de kan si hva de mener til de ansatte.

Sammenliknet med de valgte normer for gjennomsnittsskåre viste resultatene at ungdommene skåret på middels nivå på alle de 3 subskalaene, mens lederne skåret på høyt nivå.

Figur 4. En sammenlikning av gjennomsnittsskåre mellom ungdom ($n=397$) og lederne ($n=142$) for subskalaene i dimensjonen «Personlig vekst» i COPES.

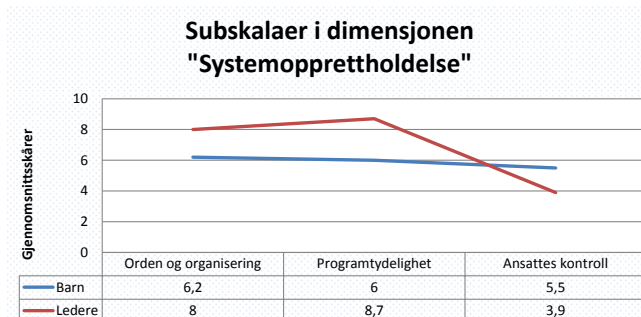


Forskjellen er ikke signifikant på subskala «Toleranse for sinne/aggresjon».

Subskala «Autonomi» måler hvor uavhengige beboerne ble oppfordret til å være med hensyn til å foreta egne beslutninger. Ansatte følger beboernes forslag, og det er forventet at beboerne tar ledelsen. «Praktisk orientering» måler i hvilken grad beboerens omgivelser bidrar til å forberede utskrivning. Institusjonen vektlegger jobbtrening. Beboerne oppmuntres til å planlegge for framtiden. «Personlig problem orientering» måler i hvilken grad beboerne blir oppmuntret til å være opptatte av sine personlige problemer og følelser og prøver å forstå dem. Beboerne forteller hverandre om personlige problemer. Ansatte er i hovedsak interessert i å høre om beboernes følelser. «Toleranse for sinne og aggresjon» måler i hvilken grad beboere er tillatt og oppmuntret til å argumentere med ansatte, bli åpenlyst sinte, og å utøve annen aggressive atferd.

Sammenliknet med de valgte normer for gjennomsnittsskåre viste resultatene at ungdommene skåret på middels nivå på alle de 4 subskalaene, mens lederne skåret på høyt nivå på «Autonomi» og Praktisk orientering», og på middels nivå på «Personlig problemorientering» og «Toleranse for sinne/aggresjon». Ungdommene hadde noe høyere skåre enn lederne på «Toleranse for sinne/aggresjon».

Figur 5. En sammenlikning av gjennomsnittsskåre mellom ungdom ($N=397$) og ledere ($n=142$) for subskalaene i dimensjonen «Systemopprettholdelse» i COPES.



Forskjellen er ikke signifikant på subskala «Ansattes kontroll».

Subskala «Orden og organisering» måler hvor viktig aktivitetsplanlegging og orden er i institusjonen. Beboernes aktiviteter er omhyggelig planlagt. De ansatte sørger for at institusjonen alltid er i orden. «Programtydelighet» måler hvilke forventninger om mål og regler som gjelder. Hvis regler brytes, vet beboerne hva som vil skje. «Ansattes kontroll» måler i hvilken grad ansatte bestemmer regler. Planer blir fulgt. Alle vet hvem som er «sjefen».

Sammenliknet med de valgte normer for gjennomsnittsskåre, viste resultatene at ungdommene skåret på middels nivå på alle 3 subskalaer, mens lederne skåret på høyt nivå på «Orden og organisering» og «Programtydelighet», og på middels nivå på «Ansattes kontroll». Ungdommene hadde høyere skåre enn lederne på sistnevnte subskala.

Andre sammenlikninger

Vi undersøkte samvariasjon mellom ungdom og ledes skåre på COPES dimensjoner og subskalaer og ungdommenes kjønn, alder, etnisitet, morsmål, institusjonenes beliggenhet, institusjonenes tilbud og plasseringsparagraf. Vi fant ingen vesentlige sammenhenger.

Diskusjon

Resultatene viser at det er ingen dimensjon eller subskala som skiller seg spesielt negativt ut selv om ungdommenes opplevelser av det sosiale miljøet er gjennomgående noe litt mer negative enn ledernes opplevelser. Ungdommenes opplevelse av det sosiale miljøet samsvarer med resultater fra Rambølls siste brukerundersøkelse (2014) som rapporterte at 59 % av institusjonsbarna opplever å ha det ganske bra selv om skårene var betydelig lavere enn blant fosterbarn (se også Gautun et al. (2006)). Liknende resultater finner vi også i en ny dansk undersøkelse om plasserte barn (Ottosen, Lausten, Frederiksen, & Andersen, 2015) hvor et sentralt funn var at barn blir støttet av de voksne på plasseringsstedet, og at de gjennomgående trives og har det godt. Også her var det forskjeller mellom barn i institusjon og fosterhjem, hvor sistnevnte trivdes bedre.

At ledere oppfatter institusjonsmiljøet som mer positivt enn ungdommene er i seg selv ikke unaturlig, og kan være et logisk resultat av institusjonens asymmetriske struktur, og dermed et skjevt maktforhold mellom ungdommene og ansatte (Minow, 1987). Det er derimot problematisk hvis slik divergens skaper konflikter uenighet og utydelighet i hverdagens forventninger; for eksempel «Hva er reglene, hva forventes og hvorfor»? Dette er viktig i tolkningen av «Ansattes kontroll».

Våre resultater viser to interessante avvik fra mønsteret med høyere gjennomsnittsskårer blant lederne: ungdommene skårer på samme nivå som lederne både på subskala «Toleranse for sinne og aggresjon» og ungdommene har noe høyere gjennomsnittsskårer på «Ansattes kontroll». Ungdommene mener dermed at det stort sett er tillatt å vise sinne, argumentere og å utvise aggressiv atferd. I tidligere forskning ved Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge (BUS) fant vi motsatte resultater: Ungdom mente det var vanskelig å vise sinne, argumentere og framsette meninger som var i strid med de ansattes (Tjelflaat & Ulset, 2007). Aggressiv atferd var i liten grad akseptert, og kunne bli bekjempet med tvang; jevnfør også Ulset og (Ulset & Tjelflaat, 2012). Skårene på COPES viser også at ungdommene, i litt større grad enn lederne, mener at de ansatte har kontroll og bestemmer regler. Tjelflaat og Ulset (2007) fant også, i sin studie, at ungdommene oppfattet institusjonene som regel- og rutinstyrte, og at de voksne bestemte. Dette satte de imidlertid i et negativt perspektiv, og uttrykte at det var for sterk rutine- og regelstyring; noe som hindret spontanitet, autonomi og medvirkning. Om ungdommenes gjennomsnittsskåre på dette tema i COPES gjenspeiler en positiv eller negativ oppfatning, kan være vanskelig å bedømme.

For å få mer kunnskap om det sosiale klimaet på barneverninstitusjoner, er det igangsatt et PhD arbeid som skal se nærmere på sammenhengen mellom sosialt klima og andre institusjonelle faktorer (kandidat ikke ansatt, finansiert av DMF/NTNU og Universitet i Groningen/Nederland), og et PhD arbeid som skal se på ungdommenes opplevelse av sosial støtte når de er plasserte i barneverninstitusjon (M.Sc. Marianne T. Singstad, finansiert av DMF/NTNU).

Anbefalinger:

Det må være rom for en viss skjevhet i maktbalansen mellom beboere og ansatte i barneverninstitusjoner, men denne må gjøres forståelig for ungdommene og bygge på institusjonens forutsetninger og målsetting for institusjonsarbeidet. Ungdommene og de ansatte må komme fram til en felles forståelse av forventninger og atferd, som er reell og tydelig. I dette arbeidet kan resultater fra COPES eller liknede spørreskjemavære et fruktbart grunnlag som kan danne grunnlaget for diskusjon og endring. Vi vil foreslå følgende:

- COPES eller liknende spørreskjema om institusjonens sosiale miljø bør inngå som en del av de interne kontrollrutinene i institusjonene og anvendes i en profilevaluering. Både beboere og ansatte bør fylle ut skjemaene og svarene bør vurderes i dialog mellom ansatte og beboere, og føre til et endringsarbeid bygget på en felles forståelse.
- Det bør utvikles en kortversjon av spørreskjema som er bedre egnet i praksis (Brunt & Rask, 2012).

DEL 4

DISKUSJON OG KONKLUSJON

SAMLET DISKUSJON OG KONKLUSJON

Nanna S Kayed, Thomas Jozefiak, Tormod Rimehaug, Torill Tjelflaat & Lars Wichstrøm

I studien «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner» har forskningsassistenter reist til barneverninstitusjoner over hele landet og kartlagt 400 ungdommer i institusjonene der de bor. Vi har fokusert på følgende forskningsspørsmål i denne rapporten:

- Å få kunnskap om barn og unge i aldersgruppen 12–20 år som er plassert i barneverninstitusjon med fokus på psykiske lidelser og ungdommenes livskvalitet.
- Å få kunnskap om barnas og ungdommenes behov for og bruk av helsetjenester for psykiske helseplager.
- Å identifisere forhold ved institusjonen som kan ha betydning for barna og ungdommenes helse og tilpasning.

Resultatene gir et tilstandsbilde på hvordan ungdommene hadde det da forskningsassistentene var til stede på institusjonene.

Vår studie viser at 76 % av ungdommene som er plassert i barneverninstitusjon hadde en psykiatrisk diagnose med funksjonsnedsettelse innenfor de 3 siste månedene. Dette er en svært høy forekomst og dokumenterer at ungdommene har behov for hjelp og behandling for det de sliter med. Det er derfor svært viktig med gode rutiner for en bred kartlegging før ungdommene plasseres i et institusjonstilbud, slik at personalet vet hvilke ressurser/sterke sider ungdommene har, hvilke utfordringer det må jobbes med og eventuelt hvilken behandling som må fremskaffes.

Undersøkelsen dokumenterer en bekymringsfull høy forekomst av komorbiditet (samsykelighet) mellom atferdsforstyrrelser og internaliserte lidelser. Det er nylig blitt innført differensiering i institusjonstilbudet der ulike institusjoner er rettet

mot henholdsvis omsorg, atferd og rus. Behovet for en slik differensiering er åpenbart, da man ikke ønsker smitteeffekter. Samtidig vil et økt fokus på regulering av atferd, med klare regler, belønningssystemer og konsekvenser ved brudd på regler, «time-out», i liten grad være gunstig overfor ungdom som samtidig har angst lidelser og depressive lidelser, eller der atferden kan forklares ut fra Asperger syndrom eller tilknytningsforstyrrelser. Våre resultater viser nemlig at 23 % av ungdommene fyller de diagnostiske kriteriene for Asperger syndrom, av disse fylte 17 % kriteriene for en alvorlig atferdsforstyrrelse. Videre er det 36 % av ungdommene vi har undersøkt som har en atferdsforstyrrelse eller et rusproblem. Av disse hadde 72 % også en annen diagnose som kan tenkes å være den underliggende årsaken eller som kan komplisere en behandlingsprosess: Depresjon, angst, ADHD, en tilknytningsforstyrrelse eller Asperger syndrom. Dette betyr at flertallet av dem som framtrer med et atferds- eller rusproblem kan bli feilbehandlet hvis de bare blir forstått og forsøkt hjulpet ut fra kjennetegnene til atferds- og rusproblemer.

Det kan også være ugunstig å forme enkelte barneverninstitusjoner spesielt for internaliserte vansker, grunnet høy komorbiditet med atferdsvansker (CD), ADHD og Asperger syndrom. Både den juridiske strukturen og den nye faglige spesialiseringen av institusjonene forutsetter at ungdommene kan kategoriseres ut fra en entydig hovedproblemtikk. Dette stemmer dårlig med virkeligheten vi har funnet.

Det er en pågående debatt om hvilken betydning standardiserte kartleggingsverktøy skal ha når man utreder barn (Backe-Hansen et al., 2011; Skilbred, Iversen, & Jakobsen, 2013). Standardiserte kartleggingsverktøy øker muligheten for å avdekke barnets problemer sammenlignet med å bruke samtale og klinisk skjønn alene (Levitt, 2009). Samtidig er man redd for at slike kartleggingsverktøy ikke er sensitive nok til å fange opp den komplekse problematikken barnevernsbarn befinner seg i (Skilbred et al., 2013). En kartlegging ved hjelp av et standardisert psykiatrisk intervju av barn og unge som er plassert i barneverninstitusjoner er viktig av

flere grunner. En solid fundert diagnostisering har stor verdi fordi det etter hvert er utviklet effektive, evidensbaserte behandlingstilbud og intervensjoner for de ulike psykiatriske lidelsene. For at institusjonen skal hjelpe ungdommene til å få slik hjelp må de ha kunnskap om de psykiatriske lidelsenes omfang og alvorlighetsgrad, slik at lidelsene blir oppdaget og riktig instanser for helsehjelp blir kontaktet. Også ut fra et organisasjonsperspektiv er det viktig at barneverninstitusjonen er organisert på best mulig måte ut fra både barnas forutsetninger og behov, og de ansattes kompetanse. Dette krever blant annet reliabel og valid kunnskap om forekomsten av psykiatriske lidelser og komorbide lidelser.

Når det gjelder ungdommenes subjektive opplevelse av livskvalitet er det spesielt to hovedområder som peker seg ut i våre resultater. Det ene er at de oppgir å ha lavere livskvalitet enn befolkningen generelt, og det andre er at de har en subjektiv opplevelse av dårlig fysisk helse. Årsaken til dette kan være at ungdommene i barneverninstitusjoner har livserfaringer (omsorgssvikt, mishandling og traumer) som den generelle befolkningen ikke har i samme grad. Forskning har vist at langtidseffektene av å vokse opp med mishandling er forbundet med økt forekomst av senere alvorlige helsemessige komplikasjoner som type II diabetes og hjerte- og karsykdommer senere i voksenlivet (Springer et al., 2007; Thurston et al., 2014). Det er derfor lite hensiktsmessig å operere med et skille mellom psykisk og fysisk helse.

Resultatene våre viste også at det å være plassert i barneverninstitusjon uten samtykke ble opplevd som mer belastende av ungdommene og var forbundet med å ha hatt flere bosteder utenfor hjemmet, i regi av barnevernet. Plassering uten samtykke hadde også sammenheng med høyere forekomst av minst en DSM-IV diagnose, og særlig høyere forekomst av alvorlige atferdsforstyrrelser og angstlidelser.

Våre resultater viste at ungdommene synes de har det ganske bra på institusjonene. Dette bekrefter Rambølls siste brukerundersøkelse (2014) der 59 % av institusjonsbarna rapporterte at de alt i alt har det bra. Det var en tydelig diskrepans mellom ungdommenes og institusjonsledernes opplevelse av det sosiale miljøet på institusjonen, der institusjonslederne generelt oppfattet det sosiale miljøet som mer positivt enn ungdommene. Dette er ikke et uvanlig resultat når man sammenligner ungdommers rapport med voksnes rapport. Man ser det samme mønsteret også for psykisk helse (Achenbach & Rescorla, 2001) og livskvalitet (Sattoe, van Staa, & Moll, 2012; Upton, Lawford, & Eiser, 2008). Det som er spesielt for deltakerne i vår studie, og som kan ha påvirket resultatet, er

den skjeve maktbalansen det er mellom de som er plassert i barneverninstitusjonene og de som jobber der. Divergensen kan føre til omgivelser preget av konflikter basert på utydelighet og ulike forventninger.

Mange barnevernsbarn har flere flyttinger mellom ulike omsorgstiltak, og særlig ikke planlagte eller «utilsiktede» flyttinger blitt sett som en risiko for barns utvikling (Vinnerljung & Sallnäs, 2008). Det er også forskning som viser at mange barn er velfungerende og har gode relasjoner til sine opprinnelige omsorgspersoner til tross for flyttinger i sine plasseringsforløp (Andersson, 2009). Christiansen, Havik, og Anderssen (2010) framhever at situasjonene rundt flyttinger kan være svært ulike. For enkelte barn kan flytting oppleves å være til det bedre, mens for andre barn kan en flytting oppleves som et svik eller en avvisning som det er vanskelig å leve med (Havnen, 2013). Dette reflekteres også i våre resultater, der 1/3 av barna opplevde det å bli plassert i barneverninstitusjon som noe positivt, og de som var plassert med samtykke opplevde det som bedre enn de som er plassert uten samtykke. Tidligere funn om usikre årsakssammenhenger mellom barns flyttinger og fungering har ført til at flere forskere har stilt spørsmål ved om prinsippet om stabilitet i plasseringer bør nyanseres, og at fokus først og fremst må rettes mot barn og unges relasjoner og familietilhørighet (Andersson, 2009; Barber & Delfabbro, 2005; Christiansen, 2011; Whittaker, 2010). I den sammenheng vekker forekomsten av tilknytningsforstyrrelse vi finner i studien på 21 % bekymring. Til sammenligning vet vi at forekomsten av tilknytningsforstyrrelse i Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) ligger på under 5 % (upubliserte data fra HelBUP, St. Olavs hospital). Ungdommer med tilknytningsforstyrrelser har spesielt behov for kontinuitet over lengre tid med stabile voksne omsorgspersoner, samtidig som de i større grad også belaster og utfordrer de relasjonene de har. Dette er behov som er vanskelige å møte på en god måte slik barneverninstitusjonene er organisert i dag, der faglige føringer er korte plasseringer og tilbakeføring til opprinnelsesfamilien. For enkelte av ungdommene som mottar et institusjonstilbud er det ikke noe ventende nettverk å sende dem tilbake til etter institusjonsoppholdet. Dette kan resultere i flere flyttinger og nye relasjonsbrudd. Spesielt viser resultatene fra vår studie at jenter er hyppig representert i gruppen som har flyttet mer enn 5 ganger. For enkelte ungdommer er det kanskje det beste alternativet å bli boende i én barneverninstitusjon over en lang tidsperiode.

Resultatene våre viser også at ungdommene har vanskeligheter med å knytte vennskap med ungdommer utenfor institusjonen. Dette kan ha sammenheng med at institusjonsoppholdene ofte er

av kort varighet og at ungdommene opplever mange flyttinger, noe som vanskeliggjør å etablere gode og nære vennskap med skolekamerater eller andre man treffer gjennom fritidsinteresser. Vennskap er spesielt viktig for den psykologiske utviklingen i ungdomstiden, da intimitet, fellesskap og fortrolighet med venner er sentralt (del Valle et al., 2010).

I Norge har man en tradisjon for å skille barneverntjenesten fra helsetjenesten. Dette gjør at ungdommene som er plassert i barneverninstitusjon ikke er garantert å få den helsehjelpen de har krav på. Vi vet at 90 % av ungdommene oppgir at de har bodd i barneverninstitusjon i løpet av de 3 siste månedene og at forekomsten av minst én DSM-IV diagnose innenfor de 3 siste månedene er på 76 %. Når kun 25 % av ungdommene oppgir at de har fått hjelp fra BUP innenfor dette tidsrommet og bare 38 % oppgir å ha fått noen som helst form for psykiatrisk hjelp i samme tidsrom, er dette etter vår mening urovekkende lavt. Den høye forekomsten av komorbiditet (samsykelighet) mellom angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser reflekterer kompleksiteten i det disse unge sliter med. Det finnes i dag evidensbaserte psykiatriske intervensjoner for disse lidelsene, men kunnskapen om hva som er den beste behandlingen og omsorgen for ungdom med komplekse problemer er ennå for svakt utviklet.

Selv når ungdommen oppgir å ha vært i kontakt med psykiatrien, vet vi ikke noe om kvaliteten på tilbudet som er gitt eller effekten av dette. På bakgrunn av den høye komorbiditeten mellom nevropsykiatriske diagnoser, internaliserende- og eksternaliserende lidelser og tilknytningsforstyrrelse, byr denne typen pasienter på spesielle utfordringer for behandlingsapparatet.

Ansatte i barneverninstitusjoner er hovedsakelig utdannet og kompetente i miljøterapi, det vil si til å tilby et positivt sosialt miljø, gi omsorg og sette grenser. De er ikke utdannet i å se psykiske vansker, forstå psykiatriske diagnoser eller drive psykiatrisk behandling. I tillegg er det tillatt å ha inntil 50 % ufaglærte blant ansatte i barneverninstitusjoner (Barnevernloven, 2008). Barneverninstitusjoner har ikke forutsetninger for å ivareta fullverdig oppgavene som hører til innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Ettersom de barnevernansatte ikke har den psykiatriske fagkompetansen og ungdommene har store utfordringer knyttet til komorbiditet av internaliserte og eksternaliserte lidelser, og det er en stor utfordring hvordan ungdommene skal få det skreddersydde behandlingstilbud de har rett og krav på.

Det har blitt hevdet at henvisninger for barnevernsbarn til BUP blir avvist fordi omsorgssituasjonen er uavklart

eller at ungdommene ikke er motiverte (Aamodt, 2011; Agledal et al., 2006). I en rapport fra Helsetilsynet (2012) slås det fast at det finnes lite forskning på om dette fortsatt er tilfelle etter at det kom nye retningslinjer for poliklinikker for psykisk helsevern i 2008, men en rapport av Lurie (2010) indikerer at dette er noe som fortsatt diskuteres som en utfordring blant ansatte i barnevernet og BUP.

Tanken om å reorganisere barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien er i midlertidig ikke ny. Sitter og Wessel Anderson (2008) beskriver hvordan det daværende Sosialdepartementet og Barne- og familiedepartementet i 1992 initierte et prosjekt som hadde som formål å styrke samarbeidet mellom ulike offentlige tjenester og skape et bedre tilbud til deres brukere. Seks fylkeskommuner deltok (Oslo, Hedemark, Rogaland, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Troms). Fylkeskommunene valgte ulike tilnærminger til prosjektet. Dette prosjektet førte ikke til noe varig forbedring i tilbudet.

Flatøutvalget (NOU, 2009) forslø at barnevernet og helseforetakene skulle opprette felles institusjoner. Man ser derimot at den eneste institusjonen som da eksisterte som et samarbeid mellom barnevern og PHBU, Seljelia, ble omdefinert til annet formål i 2010 (Lurie, 2013). Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus hadde i en felles satsing gode intensjoner om å etablere helhetlig omsorgs- og behandlingstilbud (Barne- og familietaten, 2010), men har ikke lyktes med dette. Helse-Nord Trøndelag og BUFetat region Midt-Norge har i 2014 etablert et tilbud med felles akutt plassering av ungdom mellom 12-18 år ved Sykehuset Levanger, og utvider med felles akutt utredning av plasserte barn og unge i 2015.

På bakgrunn av resultatene i vår studie mener vi myndighetene nå er nødt til å ta inn over seg alvor et i at et så høyt antall av unge under offentlig omsorg har psykiske lidelser som er behandlingstrengende, og ikke får den helsehjelpen de har behov for. Den nære historie viser at man ikke rent administrativt kan «organisere seg bort» fra problemet med at så mange unge i offentlig omsorg har psykiatriske diagnoser. Man må i fellesskap, på tvers av lovverk, departementer og direktorater, utvikle nye, gode behandlingstilbud for unge i barneverninstitusjoner. Dette må jobbes frem gjennom intervensjonsforskning og implementering av modeller som har vist seg å være effektive. Dette vil nødvendigvis ta tid og kreve ressurser. I et samfunnsøkonomisk perspektiv burde både klinkere, barnevernansatte og myndighetene ha interesse av å bedre den psykiske helsen til ungdommer i barneverninstitusjoner, fordi man vet at psykiske lidelser i ungdomsårene fører til svak fungering i voksen alder (Giaconia, Reinherz, Paradis, Hauf, & Stashwick, 2001).

4.1 OPPSUMMERENDE KONKLUSJON

Våre resultater tegner et bilde av at mange ungdommer i barneverninstitusjoner har psykiske vansker som de i liten grad får psykiatrisk hjelp for. Institusjonspersonalet som skal gi dem omsorg og hjelp til å fungere bedre har i liten grad kunnskap om denne problematikken. Institusjonene er dessuten ikke utformet for å ta hånd om den høye komorbiditeten (samsykeligheten) mellom angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser som disse ungdommene viser. Dette innebærer komplekse problemer og komplekse omsorgs- og behandlingsbehov. Ungdom som er plassert uten samtykke er ekstra hardt belastet. Ungdommene rapporterer også lavere livskvalitet enn ungdom i den generelle befolkningen og pasienter i BUP. Det sosiale miljøet på barneverninstitusjonene oppleves av ungdommene likevel som greit. Det er liten forskjell mellom statlige, private ideelle og private kommersielle barneverninstitusjoner i forhold til psykisk helse hos ungdommene, opplevelsen av institusjonsmiljøet og organisering av institusjonshverdagen.

4.2 BEGRENSNINGER VED STUDIEN

Når det gjelder rapportering av prevalens av psykiatriske lidelser, generelt, mener vi at vårt utvalg er representativt. I den grad ikke-deltakelse hatt skulle hatt negativ innvirkning på resultatene, måtte dette være at våre resultater er noe underestimert. Vi hadde ikke muligheten til å inkludere ungdommenes foreldre som informanter, og gikk dermed glipp av informasjon om tidlig utvikling og familiefungering før ungdommen ble plassert i barneverninstitusjon. Likeledes har vi ingen eller lite opplysninger om foreldres rusbruk, svangerskapsforløp og genetiske faktorer som kan ha hatt innflytelse på senere psykisk og fysisk helse. For enkelte diagnoser, som for eksempel Reaktiv tilknytningsforstyrrelse (RAD) eller ADHD kunne vi derfor ikke gi opplysninger om symptomenes start, og heller ikke se vanskene i et nevro-utviklingspsykologisk perspektiv. For diagnosen ADHD har vi kompensert dette med å bruke informasjon både fra hovedkontakten til hver ungdom, og i tillegg supplere med informasjon fra lærer og ungdommenes egne opplysninger, samt medisiner og diagnoser som er satt av spesialister tidligere. Når det gjaldt diagnosene Asperger syndrom og RAD krevde dette noen tilpassinger av det originale instrumentet, ettersom disse diagnosene ikke er inkludert i CAPA intervjuet. Denne rapporten svarer på spørsmål om ungdommenes bruk av helsetjenester for psykiske lidelser. Den sier imidlertid ikke noe om hvorvidt denne bruken innholdsmessig har vært adekvat og effektiv for de kartlagte lidelsene.

REFERANSER

Aamodt, L. G. (2011).

Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis. Oslo: Gyldendal.

Achenbach, T. M. (2003).

Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001).

Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.

Agledal, S.-Å., Braut, G. S., Ruud, H., Walstad, M., Gjørsum, M., Skårseth, S. Schillinger, J. A. (2006).

Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer: Helse- og omsorgsdepartementet.

Andersson, G. (2009).

Foster children: a longitudinal study of placements and family relationships International Journal of Social Welfare, 18, 13-26.

Angold, A., & Costello, E. J. (2000).

The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(1), 39-48.

Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M. Z., Costello, E. J., & Burns, B. J. (1998).

Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. American Journal of Public Health, 88(1), 75-80.

Backe-Hansen, E. (2009).

Hvordan motvirke og forebygge utilsiktet flytting fra fosterhjem? Oslo: NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, veldferd og aldring.

Backe-Hansen, E., Bakketeigen, E., Gautun, H., & Grønningsæter, A. B. (2011).

Institusjonsplassering - siste utvei. Betydningen av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonstilbudet. Oslo: NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, veldferd og aldring.

Bang Nes, R., & Clench-Aas, J. (2011).

Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger (Vol. 2): Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Barber, J., & Delfabbro, P. (2005).

Children's adjustment to long-term foster care. Children and Youth Services Review, 27, 329-340

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2012).

Forskrift om rettigheter og bruk av tvang i barneverninstitusjoner.

Barne- og familietaten. (2010).

Utviklingsplan 2010-2012: Oslo kommune.

Barnevernloven: Forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjoner (2008).

Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005).

Psychopathology in children: Improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 364-370.

Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L., & Towlson, K. (2004).

Mental health of 'looked after' children: a needs assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 117-129.

Bowlby, J. (1958).

The nature of a child's tie to its mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.

Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (1998).

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25) in Quebec: reliability findings in light of the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(11), 1167-1174.

Bronsard, G., Lancon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Simeoni, M. C. (2011).

Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1886-1890.

Brunt, D., & Hansson, L. (2002).

Characteristics of the social environment of small group homes for individuals with severe mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 36-39.

Brunt, D., & Rask, M. (2012).

A suggested revision of the Community Oriented Program Environment Scale (COPES) for measuring the psychosocial environment of support-ed housing facilities for persons with psychiatric disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 24-31.

Bufdir. (2010).

Kvalitet i barneverninstitusjoner. Oslo.

Bufetat. (2007).

MULTIFUNC – Institusjonsbehandling av ungdom med atferdsvansker. from <http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Barnevern/Atferd/MultifunC.pdf>

Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004).

Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970. doi: 10.1097/01.chi.0000127590.95585.65

Buttner, P., Petermann, F., Petermann, U., & Rucker, S. (2011).

Quality of life of children in youth welfare service: How is it affected by behavioural problems? *Zeitschrift Fur Psychiatrie Psychologie Und Psychotherapie*, 59(4), 297-303.

Carbone, J. A., Sawyer, M. G., Searle, A. K., & Robinson, P. J. (2007).

The health-related quality of life of children and adolescents in home-based foster care. *Qual Life Res*, 16(7), 1157-1166.

Carroll, D., Duffy, T., & Martin, C. R. (2014).

A comparison of the quality of life of vulnerable young males with severe emotional and behaviour difficulties in a residential setting and young males in mainstream schooling. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(1), 23-30.

Christiansen, Ø. (2011).

Når barn plasseres utenfor hjemmet: beslutninger, forløp og relasjoner - under barnevernets (ved)tak. Universitetet i Bergen.

Christiansen, Ø., Havik, T., & Anderssen, N. (2010).

Arranging stability for children in long-term out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 32(7), 913-921.

Clausen, S.-E., & Kristofersen, L. B. (2008).

Barnevernsklienter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie. Oslo: NOVA.

Cole, D. A., Tram, J. M., Martin, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F. M., & Maschman, T. L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: a longitudinal investigation of parent and child reports. *J Abnorm Psychol*, 111(1), 156-165.

Collins, W. A., & Laursen, B. (2004).

Changing relationships, changing youth: Interpersonal contexts of adolescent development. *Journal of Early Adolescence*, 24(1), 55-62.

Colton, M., Casas, F., Drakeford, M., Roberts, S., Scholte, E., & Williams, M. (1997).

Stigma and Social Welfare: An International Comparative Study. Aldershot: Avebury.

Colton, M., & Hellinckx, W. (1993).

Child Care in the EC. A country-specific guide to foster and residential care. Cambridge: Arena.

Damnjanovic, M., Lakic, A., Stevanovic, D., & Jovanovic, A. (2011).

Effects of mental health on quality of life in children and adolescents living in residential and foster care: a cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 20(3), 257-262.

Damnjanovic, M., Lakic, A., Stevanovic, D., Jovanovic, A., Jancic, J., Jovanovic, M., & Lepasovic, L. (2012).

Self-assessment of the quality of life of children and adolescents in the child welfare system of Serbia. *Vojnosanitetski Pregled*, 69(6), 469-474.

Davidson-Arad, B. (2010).

Four perspectives on the Quality of Life of children at risk kept at home and removed from home in Israel. *British Journal of Social Work*, 40, 1719-1735.

Davis, E., Davies, B., Waters, E., & Priest, N. (2008).

The relationship between proxy reported health-related quality of life and parental distress: gender differences. *Child Care Health Dev*, 34(6), 830-837.

del Valle, J. F., Bravo, A., & López, M. (2010).

Parents and peers as providers of support in adolescents' social network: a developmental perspective. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 16-27. doi: 10.1002/jcop.20348

Doepfner, M., & Lehmkuhl, G. (2000).

Manual DISYPS-KJ Diagnostisches System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV. Bern: Huber.

Dybing, E., & Stoltenberg, C. (2006).

Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø (Vol. 3): Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Egelund, T., & Lausten, M. (2009).

Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*, 14, 156-165.

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007).

Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325.

Gautun, H. (2010).

En brukerundersøkelse blant langtidsplasserte ungdommer i barneverninstitusjonene. *Norsk senter for barneforskning. Tidsskriftet Barn*, 2, 51-64.

Gautun, H., Sasaoka, K., & Gjerustad, C. (2006).

Brukerundersøkelse i barneverninstitusjoner (Vol. 9): NOVA Rapport.

Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Paradis, A. D., Hauf, A. M., & Stashwick, C. K. (2001).

Major depression and drug disorders in adolescence: general and specific impairments in early adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1426-1433.

Goffman, E. (1961).

Asylums. Essays on the sociological situation of mental patients and other inmates. Harmondsworth: Penguin.

Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000).

The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 41(5), 645-655.

Havik, T. (2007).

Slik fosterforeldrene ser det - II. Resultater fra en kartleggingsstudie i 2005. Bergen: Barnevernets utviklingscenter på Vestlandet.

Havik, T., & Christiansen, Ø. (2009).

Plassert av barnevernet – får barnet en situasjon preget av stabilitet? *Norges Barnevern*, 87(1), 18-29.

Havnen, K. S. (2013).

Er plassering alltid bra? Barnevernets moglege skadelege effektar på barn. *Norges Barnevern*, 90(3), 132-145.

Havnen, K. S., Jakobsen, R., & Stormark, K. M. (2009).

Mental Health Problems in Norwegian School Children Placed Out-of-home: The Importance of Family Risk Factors. *Child Care in Practice*, 15(3).

Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., & Goodman, R. (2007).

Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.

Helsetilsynet. (2012).

Myter og anekdoter eller realiteter? Barn med tiltak frå barnevenet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoppsummering.

Holtan, A., Rønning, J. A., H., H. B., & Sourander, A. (2005).

A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(4), 200-207.

Holte, A., Barry, M. M., Bekkhus, M., Borge, A. I. H., Bowes, L., Casas, F. Zachrisson, H. D. (2014).

Psychology of Child Well-Being. In A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes & J. E. Korbin (Eds.), *Handbook of child well-being : theories, methods and policies in global perspective* (Vol. 2, pp. 555-632): Springer

Horwitz, S. M., Hurlburt, M. S., Goldhaber-Fiebert, J. D., Heneghan, A. M., Zhang, J. J. Rolls-Reutz, J. Stein, R. E. K. (2012).

Mental Health Services Use by Children Investigated by Child Welfare Agencies. *Pediatrics*, 130(5), 861-869.

Iversen, A. C., Havik, T., Jakobsen, R., & Stormark, K. M. (2008).

Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barnevernet. *Norges Barnevern*, 1, 3-9.

Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2015).

Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in Residential Youth Care. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi: DOI 10.1007/s00787-015-0700-x

Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrom, L., & Rimehaug, T. (2012).

Competence and emotional/behavioural problems in 7-16-year-old Norwegian school children as reported by parents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 311-319.

Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., Wallander, J., & Mattejat, F. (2010).

Quality of Life as reported by children and parents: a comparison between students and child psychiatric outpatients. *Health Qual Life Outcomes*, 8, 136.

Jozefiak, T., Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2012).

Inventory of Life Quality in Children and Adolescents Manual, Norwegian version. Stockholm, Sweden: Hogrefe.

Jud, A., Landolt, M. A., Tatalias, A., Lach, L. M., & Lips, U. (2013).

Health-related quality of life in the aftermath of child maltreatment: follow-up study of a hospital sample. *Quality of Life Research*, 22(6), 1361-1369.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997).

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.

Keller, T. E., Salazar, A. M., & Courtney, M. E. (2010).

Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 626-634.

Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004).

The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 319-325.

Lehmann, S., Havik, O., Havik, T., & Heiervang, E. (2013).

Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 39.

Levitt, J. M. (2009).

Identification of Mental Health Service Need Among Youth in Child Welfare. *Child Welfare*, 88(1), 27-48.

Lund, L. K., Vik, T., Skranes, J., Brubakk, A. M., & Indredavik, M. S. (2011).

Psychiatric morbidity in two low birth weight groups assessed by diagnostic interview in young adulthood. *Acta Paediatrica*, 100(4), 598-604.

Lurie, J. (2010).

Child protection services and child and adolescent psychiatry in Trøndelag (Vol. 17). Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

Lurie, J. (2013).

Erfaringer fra en felles døgninstitusjon (Vol. 24). Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1998).

Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen - Eine Übersicht (Assessment of life quality in children and adolescents with mental disorders - An overview). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 183-196.

Mazefsky, C. A., Kao, J., & Oswald, D. P. (2011).

Preliminary evidence suggesting caution in the use of psychiatric self-report measures with adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*, 5(1), 164-174.

McCann, J. B., James, A., Wilson, S., & Dunn, G. (1996).

Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *Bmj*, 313(7071), 1529-1530.

Minow, M. (1987).

Interpreting rights: An essay for Robert Cove. *Yale Law Journal*, 96, 1868-1869.

Moose, R. (2009).

Community oriented programs environment scale (Fourth ed.). Mind Garden, Inc.

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2010).

Mplus User's Guide. 6th ed. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

NOU. (2009).

Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet (Vol. 22).

Novik, T. S. (1999).

Validity of the Child Behaviour Checklist in a Norwegian sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 8(4), 247-254.

Nygren, P. (2000).

I krysningfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Dobbeltklientprosjektet - Delrapport I. Oslo kommune: Barne- og familieetaten.

Ottosen, M. H., Lausten, M., Frederiksen, S., & Andersen, D. (2015).

Anbragte børn og unges trivsel 2014. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007).

A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical child and family psychology review*, 10(4), 335-351. doi: 10.1007/s10567-007-0027-3

Pedersen, P. (2009).

SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008 2/09. Trondheim, Norway: SINTEF.

Petrenko, C. L. M., Culhane, S. E., Garrido, E. F., & Taussig, H. N. (2011).

Do youth in out-of-home care receive recommended mental health and educational services following screening evaluations? *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1911-1918.

Pringle, M., L., K., & Bossio, V. (1958).

A study of deprived children. *Vita Humana*, 1, 142-170.

Prosser, L. A., & Corso, P. S. (2007).

Measuring health-related quality of life for child maltreatment: a systematic literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5.

Rambøll. (2011).

Brukerundersøkelse av barn i statlige og private barneverntiltak. Rapport til Bufdir.

Rambøll. (2014).

Brukerundersøkelse av barn i statlige og private barneverntiltak. Rapport til Bufdir.

Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998).

Assessing the health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7, 399-407.

Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (2000).

KINDL-R Questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents – Revised version 2000. from <http://www.kindl.org>

Reigstad, B., Jørgensen, K., Sund, A. M., & Wichstrøm, L. (2006).

Adolescents referred to specialty mental health care from local services and adolescents who remain in local treatment: what differs? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(4), 323-331.

Rutter, M. (2005).

Multiple meanings of a developmental perspective on psychopathology. *European Journal of Developmental Psychology*, 2(3), 221-252.

Sainero, A., Bravo, A., & del Valle, J. F. (2014).

Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(1), 16-26. doi: 10.1177/1063426612470517

Sameroff, A. J. (2009).

Designs for transactional research. In A. J. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and context shape each other* (pp. 23-32). Washington, D. C.: American Psychological Association.

Sattoe, J. N., van Staa, A., & Moll, H. (2012).

The proxy problem anatomized: child-parent disagreement in health related quality of life reports of chronically ill adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 10.

Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008).

Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2(1), 2. doi: 10.1186/1753-2000-2-2

Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (1998).

Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 1(2), 125-144.

Sitter, M., & Wessel Anderson, H. (2008).

Samtidighet i tilbud fra barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien: Fylkesvise forskjeller sett i relasjon til kapasitet, produktivitet og organisasjonsmodeller for samarbeid. Trondheim: Sintef.

Skilbred, D., Iversen, A., & Jakobsen, R. (2013).

Barn med tiltak i det kommunale barnevernet: Tverretattlig samarbeid om kartlegging og tiltak. Fontene forskning, 2(13), 4-18.

Spitz, M. (1945).

Hospitalism. The psychoanalytic study of the child, 1, 53.

Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007).

Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. Child Abuse & Neglect, 31(5), 517-530.

Stahlberg, O., Anckarsater, H., & Nilsson, T. (2010).

Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. Eur Child Adolesc Psychiatry, 19(12), 893-903.

Sveen, T. H., Berg-Nielsen, T. S., Lydersen, S., & Wichstrom, L. (2013).

Detecting Psychiatric Disorders in Preschoolers: Screening With the Strengths and Difficulties Questionnaire. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52(7), 728-736.

Swanson, E. N., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2012).

Is the positive illusory bias illusory? Examining discrepant self-perceptions of competence in girls with ADHD. J Abnorm Child Psychol, 40(6), 987-998.

Thurston, R. C., Chang, Y., Derby, C. A., Bromberger, J. T., Harlow, S. D., Janssen, I., & Matthews, K. A. (2014).

Abuse and subclinical cardiovascular disease among midlife women: the study of women's health across the nation. Stroke, 45(8), 2246-2251. doi: 10.1161/strokeaha.114.005928

Tjelflaat, T., & Bolstad, T. (2008).

Overgrep og omsorgssvikt. Norges Barnevern, 85(4).

Tjelflaat, T., Hyrve, G., & Solhaug, H. (2003).

Barneverninstitusjonen – nødvendig men ikke god nok. Rapport nr. 10 i skriftserien til Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge.

Tjelflaat, T., & Ulset, G. (2007).

Barn og unges medvirkning i barneverninstitusjon. Rapport nr. 11 i skriftserien til Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge. NTNU Samfunnsforskning AS.

Ulset, G., & Tjelflaat, T. (2012).

Tvang i barneverninstitusjoner. Rapport nr. 20 i rapportserien fra Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge. NTNU Samfunnsforskning AS.

Ulset, G., & Tjelflaat, T. (2013).

Ikke et sted å kalle et hjem? Betydningen av tvangsbruk ved opphold i barneverninstitusjon. Norges Barnevern, 90(2).

Upton, P., Lawford, J., & Eiser, C. (2008).

Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. Qual Life Res, 17, 895 - 913.

Van Damme-Ostapowicz, K., Krajewska-Kulak, E., Wronska, I., Szczepanski, M., Kulak, W., Lukaszuk, C. Baranowska, A. (2007).

Quality of life self-assessment of children living in a children's home, based on own research conducted in the Podlaskie Province. Adv Med Sci, 52 Suppl 1, 44-50.

Van Oort, F. V., Greaves-Lord, K., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Huizink, A. C. (2009).

The developmental course of anxiety symptoms during adolescence: the TRAILS study. J Child Psychol Psychiatry, 50(10), 1209-1217.

Vinnerljung, B., & Sallnäs, M. (2008).

Into adulthood: a follow-up study of 718 youths who were placed in out-of-home care during their teens. *Journal of Child and Family Social Work*, 13, 144-155.

Whittaker, J. K. (2010).

How does foster care work? International evidence on outcomes London & Philadelphia: Jessica

Kingsley Publisher.**WHO. (1993).**

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: World Health Organization (WHO).

WHO. (1994).

Quality of Life assessment: An annotated bibliography. Geneva: WHO.

WHO. (1997).

Composite International Diagnostic Interview (CIDI Core): Version 2.1.

Wichstrøm, L., Belsky, J., Jozefiak, T., Sourander, A., & Berg-Nielsen, T. S. (2014).

Predicting Service Use for Mental Health Problems Among Young Children. *Pediatrics*, 133(6), 1054-1060. doi: 10.1542/peds.2013-3184

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012).

Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 53(6), 695-705.

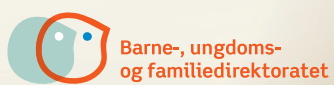
Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008).

Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, 275-303.

Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., & Verhulst, F. C. (2005).

Help-seeking for child psychopathology: Pathways to informal and professional services in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1292-1300. doi: 10.1097/01.chi.0000181038.98712.c6





Barne-, ungdoms-
og familiedirektoratet



Helsedirektoratet



NTNU
Kunnskap for en bedre verden